

Il pericolo delle categorie diagnostiche in psicopatologia: una prospettiva antropologica e basagliana

Gabriele Del Giudice

«Pluralità di comportamenti, pluralità di terapeuti, pluralità di eziologie, ma anche di concetti. I punti di vista univoci vedono in tutti questi plurali soltanto la confusione, poiché la pluralità si oppone a situazioni nette dove il disegno della malattia, della sua eziologia e del suo trattamento è composto da un unico tratto. Ma gli antropologi hanno ormai da molto tempo constatato che le opposizioni non sono così nette e che qui come altrove le tracce sono multiple e le contraddizioni ben accette.»

(Jocelyn Benoist 1996: 6)

Introduzione

Scopo di questo articolo è indagare le implicazioni che l'utilizzo delle categorie diagnostiche della psichiatria e psicopatologia moderne ha sulle possibilità di *inclusione/esclusione* delle persone con diagnosi psichiatrica, e sui sentimenti di *libertà/prigionia* da esse vissuti.

È un tema complesso, che può essere indagato partendo da più fronti. Il mio personale background comprende un nucleo di studi psicologici e psicopatologici, che di recente è stato accompagnato da una sensibilizzazione alle questioni "culturali" in senso ampio, compresi gli aspetti "bio-politici" di matrice antropologica, per cui cercherò di



muovermi all'interno di un dialogo tra i due campi disciplinari. In questo tentativo, un punto di riferimento, forse imprescindibile per chi voglia indagare il tema del rischio della prigionia associato alle categorie e pratiche psichiatriche, saranno gli *Scritti* (1953-1980) di Franco Basaglia, che riportano le riflessioni dell'autore su alcune tematiche fondamentali, come l'ideologia psichiatrica, il "doppio" della malattia, il ruolo dei tecnici (clinici) nell'adesione e mantenimento dell'attuale sistema psichiatrico, l'importanza della relazione dialettica tra clinico e paziente nell'attribuzione da parte di quest'ultimo di un senso esistenziale, critico e dinamico alla condizione soggettiva di sofferenza, o ancora le relazioni tra malattia e salute, tra malattia e miseria, e tra malattia e follia.

È fondamentale adottare una prospettiva interdisciplinare alla questione complessa del rapporto tra cultura e diagnosi psichiatrica, indagando quanta attenzione venga prestata ai fattori culturali, socio-politici e contestuali sia all'interno del mondo della psichiatria e della psicopatologia descrittiva, sia entro una tradizione di studi più riflessiva e critica, che sono quella antropologica e quella basagliana. Considerando i fattori politici insiti anche nel confronto tra discipline diverse, questo stesso saggio si presenta come lo scontro di più punti di vista, che in qualche modo devono trovare una sintesi espositiva, su un tema molto complesso.

Come evidenzia già Benoist nell'epigrafe che apre il mio contributo, da un punto di vista teorico e metodologico è fondamentale ricercare un confronto dialogico tra le diverse branche delle scienze umane che si sono interessate alla questione della sofferenza umana, senza ridurre l'analisi della "psicopatologia" al solo punto di vista psichiatrico categoriale, che anche solo concettualmente, ma ancor di più nei vissuti dei pazienti portatori di diagnosi, rischia di diventare "ideologia", cioè rischia, nel momento stesso in cui l'etichetta viene assegnata, di perdere l'aderenza alla realtà, al significato e al senso della sofferenza esistenziale del paziente; il rischio reificante della categorizzazione potrebbe essere invece superato

da una collaborazione interdisciplinare, che parta dall’ascolto delle esperienze di malattia, quindi dalla pratica¹.

È in una ritrovata aderenza alla pratica che l’antropologia odierna può dare un grosso contributo nell’evidenziare l’importanza sia di una compenetrazione e reciproco rimando tra teoria e prassi, sia di un intreccio imprescindibile tra istituzione e valori sociali da un lato, e contesto politico, culturale, economico e storico, in cui tali visioni del mondo sono situate, dall’altro².

Inizialmente quindi, sfruttando le prospettive critiche antropologica e basagliana, che associano il concetto di “cultura” a quello dei rapporti di potere, e che enfatizzano il fatto che i processi culturali e le soggettività psichiche si radicano e si modificano “molecolarmente” (Gramsci, Q14, 64, 1724) nelle esperienze degli uomini, entro condizioni di vita storicamente determinate, e all’interno di concreti rapporti sociali, di egemonia e di potere (Seppilli 2002 e 2014; Pizza 2020), cercherò di decostruire gli assunti di base biologistici e universalistici su cui ancora oggi si reggono la teoria e la pratica clinica psichiatrica. In questo modo mostrerò la doppia valenza del rapporto tra diagnosi e cultura: da un lato come la diagnosi abbia o non abbia tenuto conto (e tenga conto tuttora) delle questioni culturali, e

¹ Franco Basaglia (1924-1980), rispetto all’importanza del rischio ideologico in campo psichiatrico, già nel 1960 affermava che il malato di mente, posto su un piano di realtà su cui i principi strettamente positivistico-categoriali non hanno più presa, che continua a venir catalogato e classificato secondo questi medesimi principi, è portato dalla sindrome in cui viene etichettato ad esser strappato alla sua realtà e straniato dal contesto culturale e sociale in cui vive, per farlo aderire ad un’*ideologia* della malattia mentale, quella dettata dall’etichetta (Basaglia 1960: 346). Di contro, l’autore evidenzia anche l’importanza di un incontro interdisciplinare, in cui i sistemi scientifici vengano reciprocamente contestati, per sfuggire il pericolo di ricostruire una nuova *ideologia* (*ivi*: 373) (corsivo mio). Riferimenti simili si trovano in Karl Mannheim (1929), Jean-Paul Sartre (1948) e André Breton (1967).

² Un’antropologia che si connota “non come un semplice canone di ricerca storica”, ma come “filosofia della prassi” (Q 17, 12, 1917), fondata su un metodo critico-politico e radicalmente riflessivo che ci richieda di trasformare ogni riflessine teorica in una pratica (Pizza 2020: 28); un’antropologia intesa come “*critica dell’ovvio*”, un metodo per “disovviare”, per decostruire le ideologie e l’assolutizzazione dei valori dominanti (*ibidem*).

dall'altro la culturalità stessa degli strumenti diagnostici che vengono adoperati nella pratica clinica (quindi una necessaria de-naturalizzazione, storicizzazione e relativizzazione degli stessi), nel loro rapporto con le istituzioni (psichiatria) e con i valori dominanti nella società attuale.

In seguito tenterò di fornire un quadro d'insieme delle implicazioni antropologiche socio-culturali e politiche della diagnosi psichiatrica, con particolare riferimento al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), lo strumento diagnostico dell'American Psychiatric Association (APA), che dagli anni '80 (con la sua terza edizione) ha ormai acquisito una notevole rilevanza a livello internazionale in questo campo. Queste implicazioni riguardano diversi livelli (ideologico-valoriali, rappresentativi, socio-economici, lavorativi, di sicurezza psicologica, ecc.), e rendono conto già in un primo senso in che modo l'attribuzione di un'etichetta possa sfociare in un sentimento di prigionia: la diagnosi può portare con sé il rischio che per il paziente diventi una "gabbia sociale", sottoponendolo ad una serie di pregiudizi e discriminazioni ancora frequenti nei diversi contesti di vita quotidiana; oppure l'etichetta diagnostica può sfociare in un sentimento di libertà svolgendo il ruolo di "ancora di salvezza" rispetto alla possibilità di usufruire di certi vantaggi sociali (per esempio economici, o di accesso ai farmaci).

Seguirà un contributo critico e riflessivo che riguarderà un secondo pericolo, più radicale, nascosto e intimo delle categorie diagnostiche rispetto alle sensazioni di libertà o prigionia, vale a dire la perdita di contatto dell'etichetta attribuita al paziente con il significato associato alla sua condizione di sofferenza da parte dello stesso e del medico.

Il contributo termina con una riflessione basata su proposte basagliane che suggeriscono una nuova direzione utile a cui potrebbe puntare, in modo più auto-critico, il mondo della diagnosi.

DSM e antropologia: diagnosi della cultura e cultura della diagnosi

Il concetto di "cultura" ha avuto una doppia valenza per il mondo della psichiatria e della psicopatologia nel corso della storia di queste discipline.

La prima riguarda il fatto che, tra gli elementi che contribuiscono e sono centrali nell’insorgere di peculiari condizioni di sofferenza, è importante tener conto non solo dei fattori “intra-individuali” in senso stretto (come le dinamiche psicologiche), ma anche degli elementi contestuali, sociali, politici, valoriali della comunità di cui un individuo è membro, che non sono mero contesto, ma che sono stati incorporati nel corso della sua esistenza, fino ad esser stati assimilati come “seconda natura”³. In questo senso, questa prima valenza ci permette di investigare la “*diagnosi della cultura*”, vale a dire quanto nella storia dell’istituzione psichiatrica tradizionale, e fino ai giorni nostri, si sia tenuto conto dell’effetto delle variabili culturali e contestuali su insorgenza, definizione, mantenimento e trattamento di un “disturbo mentale”. In proposito è utile indagare in che modo il mondo della diagnosi psichiatrica, in particolare attraverso il DSM, il manuale diagnostico per eccellenza in ambito clinico-psichiatrico (almeno a partire dalla sua terza edizione, del 1980), abbia tenuto conto, nel corso delle sue diverse revisioni, delle *differenze culturali* dei pazienti che intendeva diagnosticare, e con quanta attinenza il linguaggio adottato dalla cultura psichiatrica si sia fatto (e si faccia) depositario di un’*esperienza sentita* delle persone alle quali le etichette vengono attribuite.

Nell’ottica di una peculiare attenzione agli aspetti culturali e alla soggettività dei pazienti è necessario porsi diverse domande. Quanto il DSM, che pretende *esplicitamente* di stilare delle categorie oggettive, valide e universali di psicopatologia (Frances, First, Pincus 1997), nella sua struttura tenga conto realmente delle esperienze soggettive di sofferenza delle persone a cui intende fare diagnosi? Quanto gli autori di questo manuale si sono dimostrati consapevoli dei *contesti locali* che influenzano

³ L’espressione hegeliana “seconda natura” è stata ripresa da Gramsci ed è entrata stabilmente nel linguaggio antropologico politico contemporaneo. Con questo concetto Gramsci intendeva criticare e decostruire il costrutto di “natura umana”, ridefinendola come “tutto il complesso delle relazioni sociali” (Q 8, 151, 1032), valorizzando la dimensione abituale, incorporata della natura e della realtà, o ancora come “l’interiorizzazione delle abitudini di ordine” (Q 22, 10, 2160); pertanto attraverso un processo auto-riflessivo di dis-incorporazione ci si potrebbe anche ribellare ad essa, creando una nuova “seconda natura” (Pizza 2020).

visceralmente (tanto da richiedere di sgretolare la classica distinzione tra “natura” e “cultura”) sia la vita delle persone, sia la denominazione e considerazione che queste persone attribuiscono alle loro condizioni di sofferenza? Quanto i suoi sostenitori erano altresì consapevoli dei limiti di un approccio “esplicitamente a-teoretico”⁴ (American Psychiatric Association 1980: 7), considerando invece che secondo una visione critica ed autoriflessiva sui propri strumenti, una consapevolezza del proprio approccio teorico in uso è sicuramente più aperta alla conoscenza e all’esperienza nelle sue molteplici sfumature rispetto all’inconsapevolezza delle lenti adottate per vedere (e dar forma a) la realtà? Quanto l’etichetta adottata, invece di fornire un linguaggio adeguato alla comprensione dei propri vissuti, contribuisce invece allo stigma, alla discriminazione, all’isolamento sociale, alla bio-medicalizzazione delle proprie esperienze, alla standardizzazione delle cure, al riduzionismo della persona alla categoria diagnostica a cui appartiene, o ancora alla dissociazione della persona stessa con gli aspetti emotivi, espressivi, “psicologici” che per definizione non rientrano nella categoria di cui essa fa parte?

È proprio nel tentativo di rispondere a questi ed altri quesiti che si mostra interessante analizzare quanto le varie *Task Forces* (i vari gruppi di esperti di psicopatologia incaricati di revisionare il DSM), nella storia recente dello sviluppo delle varie revisioni del manuale diagnostico, abbiano tenuto conto, esplicitamente o non, dei *problemi culturali* che l’utilizzo di uno strumento su così ampia scala poneva in essere, soprattutto nel condizionare i pazienti (e la società più ampia) rispetto al modo di intendere le proprie condizioni di sofferenza, nel rapporto con diverse possibilità di trattamento terapeutico e farmacologico in ambito bio-medico, e per contro nelle loro (spesso mancate) possibilità di accesso ad alternativi percorsi di guarigione.

⁴ Dato che la costruzione delle categorie diagnostiche riportate nelle diverse edizioni del manuale si basava sull’osservazione empirica di segni e sintomi su un gruppo vario ed eterogeneo di pazienti, l’APA, con l’espressione “a-teoretico”, intendeva evidenziare l’oggettività e universalità delle categorie presenti nel DSM-III (piuttosto che intendere le categorie stesse come ipotesi teoriche utili solo ad agevolare la comprensione di svariate esperienze di sofferenza).

Dall’analisi della composizione storica della struttura del DSM si nota che già nelle sue prime edizioni era poco incline ai vissuti soggettivi della sofferenza, definendo la psicopatologia non come sofferenza soggettiva, ma come “*disturbo mentale*”⁵ (APA 1980), e andando alla ricerca delle sue diverse manifestazioni evidenti, nel tentativo di una categorizzazione efficace che riflettesse una “conoscenza” del modo in cui si manifesta la sofferenza nella società moderna (*ibidem*). Lo scopo era altresì quello di riconoscere l’universalità di questi segni e sintomi, prescindendo dalle localizzazioni culturali, quindi attuando una profonda *decontestualizzazione* della sofferenza (Whooley 2014). Ciò che una decontestualizzazione della sofferenza comporta poi è anche la mancata attenzione alle *variabilità intracategoriali* (Singer et al. 2016), una variabilità che teoricamente è tanto ampia quante sono le persone convenzionalmente comprese in quelle categorie. Per i suoi aspetti scarsamente validi nella loro pretesa di universalità, scarsamente attendibili nella loro pretesa di a-teoreticità, e scarsamente utili alla ridefinizione dei significati soggettivo-culturali da parte dei pazienti, il DSM-III è stato oggetto di molte critiche da parte di vari professionisti delle scienze umane: sociologi, antropologi, psichiatri culturali e la società più ampia hanno avanzato l’esigenza di una maggiore attenzione agli aspetti *dimensionali* della diagnosi e ad una maggiore *sensibilità culturale* (Alarcòn 2014).

Ma anche nella sua quarta edizione (1994), il concetto di “cultura” continuò ad essere inteso in termini essenzialistici, e utilizzato come criterio per la creazione di ulteriori differenze categoriali, ancora una volta dissociando senso della sofferenza e linguaggio utilizzato per descriverla. E ulteriori pressioni di esperti sono servite solo ad una superficiale revisione degli aspetti culturali nella sua ultima edizione (2013), che ha eliminato l’espressione *sindromi culturalmente determinate* presente nel DSM-IV (sostituita con una pressappoco analoga di *concetti culturali di*

⁵ Il *disturbo mentale* è tuttora definito nel DSM-5 come «una *sindrome* caratterizzata da un’alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale [...]» (DSM-5, 2013).

*sofferenza*⁶), ha proposto una revisione per l'Intervista sull'Inquadramento Culturale (IIC), e ha inserito degli elementi culturali all'interno di ogni specifico disturbo (APA 2013): risultati secondo molti esperti piuttosto insufficienti (Bredstrom 2017).

La conseguenza manifesta più importante è che, ancora oggi, le rappresentazioni legate alla sofferenza, ormai in quasi tutto il globo, sono in gran parte associate indissolubilmente alle categorie diagnostiche del DSM-5, che nel suo reiterato intento di perseguire una validità universale – corroborata a detta dei suoi autori dalla corrispondenza con basi organiche, seppur non ci sia alcuna evidenza certa di questa unidirezionalità, e nonostante la sua esplicita dichiarazione di a-teoreticità (Alarcón 2009) – dimentica la *relatività dei suoi assunti*, portando la popolazione più ampia a cui si rivolge a fare altrettanto, e perdendo in questo modo la fondamentale consapevolezza che le denominazioni linguistiche possano *non riflettere* le esperienze di sofferenza individualmente sentite e culturalmente localizzate.

La psichiatria ha continuato nel corso della sua storia ad elaborare le sue interpretazioni ideologiche senza preoccuparsi sufficientemente di trovare una verifica o una smentita nella realtà: se il malato dimostrava e dimostra di smentire in qualche modo l'etichettamento con cui veniva e viene ancora definito, per l'istituzione psichiatrica è sufficiente ampliare la gamma delle classificazioni, includendo una nuova definizione, un nuovo sintomo⁷ (Basaglia 1967b).

⁶ Diverse critiche sono state rivolte anche a questo nuovo concetto: intanto la difficoltà per i clinici inesperti di distinguerlo dal vecchio concetto di "sindrome culturalmente determinata"; inoltre, il Glossario sui concetti culturali di sofferenza si trova nell'Appendice del manuale, separato dai disturbi mentali ritenuti "principali" dal DSM-5, mantenendo il paradosso implicito dell'edizione precedente di considerare le espressioni di sofferenza scientificamente convalidate come *universali*, e le manifestazioni sintomatiche altre come varianti culturali delle prime, in modo implicitamente etnocentrico (Bredstrom 2017).

⁷ Questo andamento è netto nella storia del DSM, che nel corso delle sue edizioni ha sempre ampliato il numero di disturbi mentali diagnosticabili: 106 nel DSM-I (1952), 182 nel DSM-II (1968), 265 nel DSM-III (1980), 292 nel DSM-III-R (1987), 297 nel DSM-IV (1994), 365 nel DSM-IV-TR (2000), fino a oltre 370 nel DSM-5 (2013).

La seconda valenza del concetto di cultura riflette l’inserimento di ogni strumento culturale, DSM compreso, all’interno di uno specifico e storico orientamento valoriale ed *egemonico*, con cui sono in relazione anche le istituzioni ed i valori ad esse sottesi e da queste promossi (compreso il valore scientifico della diagnosi), e grazie a cui tale potere si mantiene stabile, seppur sempre variabile (come rende conto il concetto di egemonia). E in questo processo egemonico, dinamico, il *Corpo*⁸ è un importante riferimento per comprendere la complessità delle pratiche messe in campo da chi esercita e da chi “subisce” l’egemonia, ed è anche quello spazio che consente, attraverso una riflessione critica situata, di impiegare un’azione pratica che permetta di capovolgere i termini di questo rapporto dinamico (Pizza 2020).

Pertanto in questa seconda ottica è importante indagare la “*cultura della diagnosi*”, cioè mostrare come gli strumenti diagnostici della classe dominante, della psichiatria, siano essi stessi dei *prodotti culturali*, costruiti e inseriti in uno specifico contesto di ricerca, clinico, storico, sociale, politico, economico, valoriale (“culturale” in senso ampio), e pertanto validi nei limiti di una certa visione del mondo (Civita 2009).

L’antropologia politica contemporanea suggerisce che l’oggetto primario di studio in tema di “cultura” non debbano essere tanto le “culture” specifiche, quanto *il potere*, e in particolare le costellazioni locali dei rapporti di potere in un determinato tempo e luogo. In quest’ottica, essendo mosso da diversissime esigenze, ed essendo la sua realizzazione un’opera di *compromesso* interpersonale e politico⁹ (Civita 2009), il DSM

⁸ D’ora in avanti, si utilizzerà il termine *Corpo/i*, con l’iniziale maiuscola, per indicare una visione inclusiva del Corpo, rispetto alla concezione binaria del modello culturale prevalente occidentale di “corpo” come opposto ad una “mente”, come sintesi di questi due aspetti, corpo e mente, come *corpo pensante* (*mindful body*) nell’accezione di Schepers-Hughes e Lock; le autrici parlano ancora di un “corpo molteplice” (individuale, sociale e politico), che al contempo si *ha* e si *è* (Schepers-Hughes, Lock 1987).

⁹ Contro la validità delle diagnosi del DSM si è esposta anche Tana Dineen nel suo libro *Manufacturing Victims*, dove sostiene che al contrario di quanto accada con altre diagnosi mediche, quelle del DSM sono stabilite tramite “voto” dai membri dell’APA, sulla loro inclusione o meno nelle nuove revisioni del manuale (Dineen 2000).

Da un altro punto di vista, il “compromesso” interpersonale e politico che determina la costruzione del DSM rimanda nuovamente al concetto di “egemonia” in

non può che esser visto come uno strumento relativistico, parziale e socio-culturalmente determinato. In altre parole, la pretesa di universalità e validità scientifica di uno strumento di ampia portata come il DSM, che intende essere esplicitamente a-teoretico e universale, tanto da esser chiamato da alcuni come “la Bibbia della psichiatria” (Mirowsky, Ross 2002), dev’essere necessariamente messa in discussione, in modo da consentire l’apertura a *spazi di esperienza altri* rispetto a quello socio-politicamente dominante, e quindi a diverse interpretazioni e modi di sentire e di vivere le proprie condizioni di sofferenza, ampliandone il “senso”, e favorendo la possibilità di scelta di percorsi di guarigione individualizzati, nel mantenimento della propria *agentività* (Ahearn 2001).

La comprensione della propria condizione soggettiva di sofferenza nei pazienti, che dovrebbe essere il fine esplicito della psichiatria, come presupposto per avviare un processo riabilitativo o terapeutico concretamente fondato, non può che nascere in un contesto dialettico e relazionale con il clinico, in cui gli elementi di disadattamento possano essere dis-incorporati e le possibilità di contestazione del paziente facilitate (Basaglia 1975a), in modo da fornire un nuovo e più consapevole adattamento al suo ambiente culturale. Privare il paziente della libertà e possibilità di esplorare nuovi percorsi di guarigione, ne definisce radicalmente e ne perpetua la condizione di “malato”, lo porta ad identificarsi con l’immagine che la società ha costruito per lui, il “*doppio*” della malattia (Basaglia 1970), e a perdere la possibilità di uno sguardo critico, dialettico e auto-riflessivo sul proprio male incorporato, alienandolo ulteriormente da sé stesso, dal proprio sistema di relazioni, e dalla propria comunità (*ibidem*).

Infine, sempre entro l’ambito della relatività culturale dello strumento diagnostico, è utile riflettere su quanto pericolosa possa essere

Gramsci, per cui non vi è un rapporto unidirezionale di imposizione di un dominio “dall’alto”, ma c’è piuttosto un campo di forze dove il potere è sempre conteso tra le classi dominanti e quelle “subalterne”, che con la loro capacità d’azione politica possono manifestare esigenze e spinte contro-egemoniche. Il DSM in questo senso incarnerebbe anche delle richieste “dal basso”, seppur ideologicamente influenzate, e quest’opera di sintesi che è il manuale diagnostico può mantenere la sua portata sociale proprio anche in quanto “opera di compromesso politico”.

l'inconsapevolezza del relativismo culturale dei propri strumenti da parte della cultura dominante, che se ne serve per la diffusione di un'ideologia (intesa come in precedenza: Sartre 1948; Basaglia 1974). E nel nostro specifico caso, un prolungato atteggiamento di questo tipo ha portato alla costruzione di un *habitus bio-medico* (Pizza 2005) che nel corso degli ultimi decenni è stato incorporato così affondo in diversi strati del sociale, che anche manifeste esigenze di *cambiamento di paradigma*¹⁰ radicale da parte di più attori sociali implicati nei processi di *bio-medicalizzazione* della società (Clarke et al. 2010), compresi gli stessi responsabili di revisione del DSM, non sono bastate ad imprimere delle modifiche sostanziali al complesso di rappresentazioni e di pratiche che ancora radicalmente muovono il mondo della diagnosi psichiatrica. La posizione del DSM sarebbe allora quella che Cooper (2015) ha definito di “*lock-in*” (“blocco”), entro campi di forza mossi da esigenze contrastanti (di ricerca, di validità scientifica, di sostegno all'industria del farmaco, ecc.), ma che non ne consentono la messa in discussione radicale, pur avendo riconosciuto su più fronti la necessità di farlo. Più spesso, di fronte a manifeste esigenze nate dalla realtà concreta di apportare dei cambiamenti radicali nell'impostazione e nella pratica della psichiatria, si attuano aggiustamenti “reazionari”, meramente tecnici, che si muovono tra la facciata della “violenza” e quella della “tolleranza” (Basaglia 1969), per dare l'illusione di star apportando modifiche interne alla psichiatria. Ciò che più verosimilmente accade è invece che le spinte dal basso, che minerebbero il dominio della psichiatria, vengono lette entro il linguaggio della stessa in modo che, privandole della loro propria voce, vengono inglobate entro lo stesso sistema valoriale, che nettamente tiene distinte “salute” e “malattia”. In questo modo si impedisce una messa in discussione radicale e sincera degli assunti di base della psichiatria (*ibidem*).

¹⁰ L'espressione *paradigm shift* compare per la prima volta nell'Agenda di Ricerca del DSM-5 (2002), che riconosce la necessità di un «cambiamento di paradigma ancora sconosciuto» per aumentare la validità delle sue diagnosi, per nulla attente all'eziologia delle sue categorie (Whooley 2014).

L'etichetta diagnostica: simbolo di sintesi tra *necessità* e *sentenza*

Il discorso delle categorie diagnostiche portato avanti fin ora ci rimanda già in un primo senso al concetto di *inclusione-esclusione*, e al *sentimento di libertà o prigionia* associato alla diagnosi: si delinea infatti una prospettiva che ci mostra le forti *implicazioni sociali* che l'attribuzione di un'etichetta diagnostica ha verso le persone che ne sono portatrici, che si può intendere in una doppia valenza di necessità e cruccio.

Data la profonda influenza che lo strumento culturale DSM ha ormai su tutta la società contemporanea occidentale, se manteniamo una prospettiva che vede la cultura come un *campo di forze* (Bourdieu 2003) che produce conseguenze temporalmente e localmente definite sui singoli individui e su singole categorie sociali, e che al contempo ne consente le possibilità di espressione e di scelta attraverso la propria più o meno ampia *agency* (Ahearn 2001), diventa chiara la *doppia valenza* dell'etichetta diagnostica.

Da un lato è una *necessità* per un insieme di persone, perché le aiuta a definire *percorsi di vita più agevoli*: la diagnosi infatti porta sempre con sé la *sicurezza* di un'appartenenza categoriale, che consente alla persona sia di usufruire dei vantaggi sociali associati a tale condizione, come farmaci, percorsi di cura agevolati, limitazione delle responsabilità sociali, sussidi finanziari, ecc., sia di offrire un *linguaggio*, un insieme di significati che possono riflettere e denominare le sensazioni di estraneità che la persona in assenza di etichetta prova¹¹. Ciò a patto che la denominazione offerta dalla cultura mantenga l'associazione con il *senso* che quella condizione ha per la persona, altrimenti la sensazione a cui porterà tale appartenenza categoriale non sarà di liberazione, di sicurezza, ma di prigionia, di essere ingabbiati entro una definizione che non riflette il suo modo di sentire la propria condizione di sofferenza.

Oltre ad essere una "necessità" per il paziente che soffre, l'etichetta d'altro canto porta con sé un *cruccio*, quasi una sentenza, che è quella dello

¹¹ Good ad esempio definisce *rete semantica* della malattia quell'insieme di parole, situazioni, sintomi ed emozioni attraverso cui il paziente conferisce un significato alla propria malattia (Good 1977).

stigma sociale, del far parte di una minoranza, e di dover fare i conti con le sue conseguenze. A livello ideologico-valoriale infatti l’attribuzione di un’etichetta diagnostica determina sempre non solo una distinzione *concettuale* tra “sano-malato”, “normale-patologico”, “abile-disabile” (e un insieme di altre opposizioni ad esse associate, caratteristiche di un approccio bio-medico), ma anche inevitabilmente l’attribuzione di un giudizio *valoriale* ai due poli dell’opposizione, con un’esaltazione per lo stato di salute, sanità, normalità, a-sintomaticità, e una costellazione di stereotipi, pregiudizi, e spesso atteggiamenti discriminatori verso il polo malattia, patologia, disabilità, a-normalità, sintomaticità¹².

Più studi antropologici hanno dimostrato la posizione relativistica e non intrinsecamente valida di un atteggiamento che vede la realtà per coppie di opposti come quello sviluppatosi in occidente, che percepisce una netta distinzione tra mente-corpo, soggetto-oggetto, natura-cultura, salute-malattia, ecc., come è ampiamente discussa anche l’arbitrarietà della valenza positiva o negativa che assumono nella nostra tradizione culturale l’uno o l’altro dei due poli (de Martino 1977; Pizza 2005).

Ciò che interessa qui maggiormente però sono le *conseguenze* che tale substrato ideologico ha sulle persone con diagnosi di disturbo mentale, data la sentenza di persona “malata” che la diagnosi porta con sé. A livello macro-sociale l’attribuzione di un’etichetta diagnostica comporta l’inserimento della persona entro una specifica *categoria sociale* (“disabile”, affetto da “demenza senile”, “autistico”, “depresso”, sono tra le più frequenti) che riflette un insieme di agevolazioni, vantaggi/svantaggi, impedimenti, o altri atteggiamenti di particolare riguardo da parte della normativa vigente a livello nazionale e/o internazionale. La normativa ne

¹² Riferimenti molto interessanti qui sarebbero le considerazioni di Basaglia sui meccanismi di una società kleinianamente “schizo-paranoide” (Klein 1935) come quella moderna (Basaglia 1967c), e in particolare la sua necessità di individuare un capro espiatorio, scelto di volta in volta tra quelle categorie sociali che non hanno strumenti di contestazione, per mantenersi così chiusa alla possibilità di esplorare le proprie contraddizioni interne (Basaglia 1967d).

regolamenta per esempio l'accesso alle cure¹³, il movimento fisico, la possibilità di assunzione in certe occupazioni, la possibilità di far parte o no di taluni ambienti sociali. E sebbene questo sia un piano su cui la persona nella sua sofferenza punti molto, considerando la diagnosi come "necessità" proprio per il suo riconoscimento entro una categoria sociale con implicazioni sociali ben regolamentate, questo riconoscimento delimita al contempo in maniera netta e indiscutibile (in quanto vi sono delle leggi apposite) la possibilità di *scelta di percorsi di vita*, e di autoformazione in senso più ampio, di queste persone (ne delimita gli *itinerari terapeutici*). A livello simbolico-rappresentativo inoltre l'atteggiamento nei confronti di una persona con diagnosi psichiatrica spesso riflette associazioni stereotipiche, pregiudiziali e discriminatorie nei suoi confronti; e queste si esprimono concretamente nelle pratiche culturali in diversi tipi di problematiche (il bullismo in ambito scolastico, i fenomeni di *harassment* sul lavoro e in altri campi sociali, le difficoltà nello stabilire reti amicali a causa di pregiudizi, stereotipi, ecc.). A tutti questi livelli è trasversale il piano del *rischio di povertà*, il livello socio-economico, sia "superficialmente" in quanto difficoltà di accesso al sociale per la persona con una diagnosi di disturbo mentale o altre non favoriscono la fiducia dei datori di lavoro nella sua assunzione, sia su un piano più profondo. Infatti non è da sottovalutare il "tipo" di malato mentale che il più delle volte viene diagnosticato, rispetto alla relazione tra malattia mentale e condizione socio-economica: il malato che riceve una diagnosi e delle agevolazioni sociali, spesso è il malato "povero", che non è in grado di pagarsi un percorso di psicoterapia, o di mantenere un adattamento sociale ed inserimento nel ciclo produttivo nonostante le sue condizioni di sofferenza (come più spesso fa il malato "ricco"); e dunque è un malato che ricerca i vantaggi sociali derivanti dall'attribuzione di un'etichetta, perché

¹³ Sulla cosiddetta *antropologia dei farmaci*, che non limita l'attenzione alla funzione terapeutica dei farmaci, ma ne indaga anche quella simbolica e socio-politica, si vedano ad esempio Akrich 1995; Van der Geest, Reynolds Whyte, Hardon 1996; Schirripa 2015.

non peggiorino le sue condizioni di vita sul piano materiale¹⁴ (Basaglia 1979a).

Infine, importanti a livello individuale sono anche le esigenze di ricercare nel sociale il *trattamento* migliore possibile per la propria condizione, a partire dall'affidamento al farmaco (in molti casi considerato come la sola àncora di salvezza, per una condizione di salute altrimenti ritenuta incurabile), fino a lunghi percorsi di psicoterapia, che ancora spesso riflettono una disposizione di rassegnazione e passività piuttosto che uno strumento per una ricerca condivisa e co-costruita di significati. In questo senso, anche l'individuo come Corpo si fa portatore dei valori trasmessi dalle pratiche diagnostiche: valori che mirano a un'efficacia *terapeutica* e dimenticano l'efficacia *simbolica* a cui sarebbe chiamata la diagnosi (Levi-Strauss 1949).

Negligenze della psichiatria: la funzione *restitutiva* del sintomo e l'efficacia *simbolica* della diagnosi

Una serie di fenomeni ampiamente documentati viene in mente quando associamo l'attribuzione di categorie diagnostiche al sentimento di *prigionia* che i loro portatori provano su vari livelli della loro vita, e sul mancato accesso, l'essere tagliati, *fatti fuori* dalla società. D'altronde la stessa storia degli ospedali psichiatrici documenta il peggioramento delle condizioni mentali dei soggetti ivi reclusi piuttosto che un loro maggiore

¹⁴ Non di secondaria importanza pertanto sono i rapporti tra psicopatologia e povertà, tanto che bisogna stare attenti a notare le situazioni sociali in cui la “malattia mentale” sia solo una delle tante forme che può assumere la questione della “misera” (che altre volte si manifesta in delinquenza, criminalità, ecc.), che non può esplicitamente essere svelata per quello che è, in quanto ciò minerebbe alle basi la struttura della società contemporanea stessa, della quale il potere della diagnosi può diventare anche uno strumento per celare le proprie intrinseche contraddizioni, e mantenere lo status quo (Basaglia 1979a). Sulla “malattia” intesa come incorporazione delle inuguaglianze sociali, importanti contributi sono quelli di Farmer (2003), Nguyen (2008) e Fassin (2014).

benessere¹⁵, che dovrebbe esser dato invece dal riconoscimento emozionale che l'attribuzione di una denominazione culturalmente derivata risuona nella persona portatrice di un disagio.

Ed è per questo che la declinazione del tema legato alla relatività culturale delle categorie diagnostiche sulla questione del binomio libertà-prigionia, è anche e soprattutto un'altra, più radicale di quella esposta finora, relativa alle sole esigenze di adattamento sociale (per quanto fondamentali per una vita pienamente umana di ciascun individuo). È una declinazione che riguarda la questione del livello personale, *psicologico*, esistenziale, dell'attribuzione di un'etichetta, in relazione al ruolo che ogni cultura e società che voglia la *Salute*¹⁶ dei propri membri e il loro reinserimento positivo, adattivo nella società, dovrebbe avere di rappresentare fedelmente la loro esperienza sentita, fornendo un linguaggio aperto al "senso" (Augè 1986; Benoist 1996; Fromm 1960¹⁷).

¹⁵ Basaglia in proposito aveva identificato una "tripla" malattia negli internati degli ospedali psichiatrici: la sofferenza psichica, l'emarginazione sociale, e gli effetti dell'istituzionalizzazione (Basaglia 1975b).

¹⁶ Uso qui il termine *Salute* per intendere una condizione soggettiva e sentita, e distinguerlo dalla *salute* come opposto di *malattia*, in quanto l'antropologia ha in più occasioni mostrato come l'opposizione "salute-malattia" rifletta non due entità oggettive, ma delle rappresentazioni oggettivate di esperienze corporee, istituzionalmente prodotte, che imprimono un ordine simbolico e un controllo sui corpi valide sempre entro un certo contesto storico-culturale (de Martino 1977). I loro confini variano in modo fluido, in un processo dialettico e dinamico che è sempre inserito in un contesto storico, politico, sociale e culturale (Pizza 2005 e 2020).

¹⁷ All'interno della corrente psicoanalitica, Erich Fromm ritiene in proposito che ogni società sviluppi un sistema di categorie, dal quale sono determinate le forme della consapevolezza che permettono ai suoi membri di accedere a determinate esperienze; ogni esperienza può venire alla consapevolezza soggettiva solo a condizione di essere percepita e ordinata entro un sistema di concetti e di categorie. Il sistema sociale in questo senso opererebbe attraverso un *triplice filtro* (linguaggio, logica e tabù) per il quale ogni esperienza deve passare per poter accedere alla consapevolezza. Il linguaggio in particolare, attraverso la *parola giusta*, fornisce un significato per poter accedere a quella esperienza (Fromm 1960).

Lo stesso Gramsci, considerando il potere delle definizioni linguistiche di imprimersi, lungo il corso di un lento processo di *trasformazione molecolare*, sui Corpi delle persone, così si esprime: «Il linguaggio è una cosa vivente, e nello stesso tempo è

Permettere al paziente di avere la libertà di sentire e accogliere auto-criticamente la propria sofferenza dev'essere lo scopo di qual si voglia istituzione sociale che si occupi di salute mentale, a dispetto di un'istituzione psichiatrica che nella sua rigidità categoriale impone una chiusura del paziente all'ascolto dei propri sintomi e disagi, mantenendolo ingabbiato in una definizione che rischia di ridurre la sua libertà e totalità di essere umano a quella di paziente “malato”, da curare.

Nel paragrafo precedente si è parlato di una facciata in un certo senso positiva dell'attribuzione di un'etichetta per le implicazioni sociali e di attribuzione di significato che questa può avere per il paziente rispetto al riconoscimento e alla denominazione del proprio stato di sofferenza. Qui ne sottolineiamo anche i rischi, tanto impliciti e sottesi a questo approccio attributivo, quanto frequenti, e spesso automatici e a-criticamente accettati. L'identificazione con un certo valore o definizione che la società-cultura di appartenenza mette a disposizione per assicurare gli individui che ne fanno parte, dotandoli di un linguaggio utile alla propria auto-comprensione (Fromm 1960; de Martino 1977), non sempre assume valenza positiva, specie in condizioni di disagio psichico, in cui ciò che manca è proprio un senso della propria identità, del proprio rapporto con sé stessi e con il mondo. Di fronte a questa perdita o cambiamento dell'immagine di sé, che una situazione di sofferenza psicologicamente avvertita porta con sé, è importante riflettere sui rischi insiti in un'etichetta (come linguaggio autoritariamente definito dall'esterno) nell'attribuire al paziente una definizione, perché di fronte all'angoscia di essere smarrito, invece di impegnarsi in una relazione dialettica con il clinico e le istituzioni, entro la quale ricercare il senso della propria condizione rispetto alle influenze che vari elementi sociali hanno avuto sul proprio Corpo, la nuova denominazione potrebbe fungere da “tampone” per non avvertire e indagare più quella stessa angoscia (Basaglia 1967a). Ci sarebbe quindi l'oscuramento e l'impedimento di un'indagine autentica e critica, seppur nell'ansia dell'incertezza, ripiegando invece su una più semplice e

un museo di fossili della vita passata» (Q 4, 17, 438). Se manca “l'inventario delle tracce” del mutamento molecolare, non può esserci l'acquisizione di questa consapevolezza, e quindi si mantiene l'aderenza ideologica alla definizione diagnostica.

immediata risposta, "oggettiva", fornita dalla scienza, con cui anche il paziente preferisce giungere ad identificarsi, e riconoscersi quasi comodamente, illudendosi di aver trovato le risposte ai propri mali¹⁸.

È chiaro anche quanto in questo processo attributivo abbiano potere e quindi responsabilità i "tecnici" stessi, i singoli psichiatri, rappresentanti dell'istituzione, i quali non dovrebbero porsi come dei semplici "funzionari del consenso" (così li definisce Basaglia, rifacendosi a Gramsci Q12, 1, 1519), ma come dei "tecnici del sapere pratico" (Sartre 1948), partendo dalla realtà soggettiva e soggettivamente sentita di sofferenza, per mettere in discussione, insieme al paziente, gli assunti categoriali della psichiatria, andando oltre l'etichetta diagnostica, verso il significato esistenziale di quelle specifiche esperienze di malattia (Basaglia 1975a)¹⁹.

È dunque importante al contempo un'analisi culturale e psicologica, in cui per la cautela interpretativa che richiede la complessità del fenomeno, ci è richiesto di non operare una distinzione nettamente dicotomica tra psicologia e antropologia, considerate in senso psicologico l'importanza dell'ambiente relazionale e sociale nell'interiorizzare l'immagine di sé e definire la propria identità, personalità e modelli di relazione (che sono i punti critici dell'esistenza su cui manifestano problemi le persone diagnosticate con un disturbo mentale), e in senso antropologico l'importanza del rapporto bidirezionale tra individuo e cultura in senso ampio (potere, storicità, economia, organizzazione sociale, valori dominanti) nella definizione, incorporazione ed espressione delle condizioni di sofferenza, e nei loro effetti sul cambiamento politico e culturale più ampio.

¹⁸ «Abituato a ricevere un corpo nuovo che non è suo, gesti, atti e pensieri che non sono i suoi, così che ciò che resta ancora di personale e vivo viene definito come un sintomo di malattia; del che egli stesso arriva a convincersi, fino ad avere la "coscienza di malattia" auspicata dalla psichiatria» (Basaglia 1967a: 425).

¹⁹ Il "tecnico del sapere pratico", così definito da Sartre e ripreso da Basaglia, è quel tecnico che non è mero esecutore materiale di ideologie e di "crimini di pace", ma che sta tra la *teoria*, quindi i valori sociali del gruppo dominante, e la *pratica*, il lavoro compiuto a contatto con la realtà; sta in primis ai tecnici, in virtù della loro esperienza pratica, prendere consapevolezza delle contraddizioni teoriche positiviste, e a metterle in discussione, ripartendo dalla realtà (Basaglia 1975a).

In quest’analisi, l’ottica è stata rivolta verso il campo in cui praticamente la visione della psicologia di una certa società si esprime: l’area della psicopatologia. Un’analisi che ha mirato a descrivere in modo critico e auto-riflessivo quanto poco le categorie diagnostiche odierne riflettano il *sentimento* del paziente circa la propria condizione di sofferenza, mancando di fornire un *linguaggio denso di significati* che permetta alle persone di restare aperte al senso della propria condizione (che è “processuale” tra l’altro molto più di quanto le stesse categorie denotino), e di *decodificare* le loro sofferenze. Quanto poco insomma la cultura psichiatrica sia uno strumento utile a *dar voce* alle esigenze corporee e auto-poietiche delle persone che vivono nei loro contesti locali, e quanto invece attraverso le diagnosi sia spesso implicato un processo di “dissociazione” obbligato tra “senso” della sofferenza e “denominazione”, che bio-medicalizza il proprio sentire e porta a ricercare all’esterno (nella cultura dominante, che si fa portatrice di strumenti di cura quali farmaci, sedute, ospedalizzazioni, ecc.) e non all’interno le ragioni profonde della propria sofferenza (ribadendo quanto queste ragioni “interne” traggano comunque senso dall’impressione su un Corpo di uno specifico linguaggio offerto, nel definire la propria possibilità di stare al mondo).

Allora una società che voglia tener conto globalmente dei modi in cui i propri membri si rappresentino la sofferenza deve necessariamente partire dal vissuto soggettivo dei suoi membri, in un *doppio binario* che si muove sulla dimensione della *comunanza* e su quella della *differenza*.

Da questo punto di vista per una società può essere utile ricercare motivi di comune rappresentazione delle proprie condizioni (primo binario), perché la cultura ha in sé lo scopo di permettere agli individui di trovare significati per esprimere sé stessi nel mondo, quindi arti, capacità, emozioni, scopi, ma anche sofferenze (es. Fromm 1960; de Martino 1977). È chiara in questo senso l’importanza che le categorie diagnostiche possono assumere a livello comunitario e di appaesamento nel mondo, sia per la società più ampia (che può controllare, significare culturalmente la sofferenza), sia per gli psichiatri (che in un manuale diagnostico trovano delle linee-guida per la comprensione della condizione di disagio del paziente, e possono aiutare il paziente stesso a trovare delle parole per descrivere la sua esperienza), sia per il paziente stesso, che attribuisce un

significato a ciò che gli accade, a patto però che ci sia aderenza delle definizioni a questo significato.

E allora qui è forse ancora più importante il secondo binario, quello della differenza, cioè per i depositari del potere socialmente dominante, istituzioni e singoli psichiatri, mantenersi *aperti al senso e al significato* attribuito all'esperienza che gli individui, in modo tra loro differente, esprimono nel loro vivere, anche entro apparentemente medesime forme comportamentali sintomatiche; dev'essere chiaro ai clinici che l'eventuale appartenenza di diversi pazienti ad una medesima categoria non va a concludere il compito del clinico stesso, ma al massimo può porsi come linea-guida, come punto da cui partire per esplorare le peculiarità uniche di significato che hanno quei sintomi per quella particolare esistenza. Ogni sintomo da questo punto di vista non può essere semplicemente considerato l'indice, il "criterio diagnostico", per la presenza di un determinato tipo di disturbo mentale; va considerato piuttosto nella sua dimensione *restitutiva*, cioè nel suo essere, esattamente per com'è, l'espressione migliore possibile del Corpo in quel momento per l'insieme di influenze "ambientali" (nel senso più ampio del termine) che vi si sono iscritte. Un sintomo non può rimandare semplicemente ad uno dei tanti elementi che vanno a denotare la presenza o assenza di un disturbo, ma dev'essere inteso come la *condensazione* dell'insieme di voci che la persona vuole esprimere, comprese le difficoltà associate a questa necessità espressiva²⁰.

Importanti contributi psicologici e antropologici vedono il sintomo come la voce del Corpo, nel suo farsi Corpo, in un ambiente culturale che nel corso del tempo è stato (antropologicamente) incorporato o (psicologicamente) interiorizzato²¹.

²⁰ In questo modo la "follia", trasformata in "malattia" dal linguaggio della *ragione*, può parlare solo attraverso questo linguaggio, e *non con la sua propria voce*, e quindi vengono ascoltati e accettati solo i dissensi che rientrano nei limiti del modello dominante, che proprio per questo non sono più dissensi, ma vengono snaturati e controllati entro una certa ideologia, chiusa al confronto con la realtà (Basaglia 1979a).

²¹ L'antropologa Strahl ad esempio suggerisce di considerare il sintomo come un "idioma socioculturale", che può servire a comunicare una più intensa condizione di sofferenza, difficilmente riducibile ad uno schema esplicativo (Strahl 2003). Il rapporto

Allora il segreto per un buon complesso di rappresentazioni storico-culturali della psicopatologia, cioè per un insieme di categorie che culturalmente il sistema psichiatrico occidentale si propone di utilizzare per la definizione di certe forme di sofferenza psicologica, potrebbe risiedere, nell'equilibrio flessibile tra bisogno di denominazione e comunanza di segni e sintomi osservati e bisogno individuale-esistenziale del paziente, di mantenere un sentimento di libertà e di scelta della propria esperienza di vita, di aderenza i propri bisogni, quindi di significazione della propria sofferenza, e di scelta dei percorsi di terapia (o altro) adeguati.

Se teniamo conto di questa necessità di controbilanciare le esigenze di definizione categoriale con quelle di attenzione peculiare ai vissuti di sofferenza dei pazienti, permettendo loro di ampliarne gli orizzonti di significato, come abbiamo visto il bilancio non va molto a favore del DSM, così come è stato riconosciuto da studiosi di diverse discipline (Alarcòn 2009 e 2014; Whooley 2014; Singer et al. 2016; Bredstrom 2017). Abbiamo infatti ripercorso molto brevemente alcune tappe della storia delle ultime edizioni del manuale diagnostico per indagare sia come sia avvenuta la “diagnosi della cultura”, sia quale sia la sua *apertura al senso* che la sofferenza ha per i pazienti psichiatrici, evidenziando una differenza concettuale tra la sua aperta a-teoreticità (che lo ha riguardato esplicitamente fin dalla sua terza edizione) e la sua apertura ai significati individuali di sofferenza, dai quali non avrebbe dovuto prescindere una disciplina avente come scopo il benessere, quale è la psichiatria. È stata un'operazione critica mossa anche dall'intento di individuare quell'“inventario delle tracce” a-criticamente accolte, che il processo storico finora svoltosi ha lasciato stratificate nella nostra soggettività, seguendo la riflessione gramsciana per la quale la consapevolezza delle tracce che la storia imprime sui corpi è un avvio per la conoscenza critica di sé, per la de-naturalizzazione di certe abitudini, e per una maggiore apertura alle possibilità di trasformazione critica (Pizza 2020).

tra individuo e società nella manifestazione di sintomi psicopatologici è centrale anche nei diversi orientamenti della psicologia dinamica, come Freud (1922), Erik Erikson (1950), Fromm (1960) e Jung (1934).

Conclusione

Ciò che si è voluto evidenziare in questo contributo non è l'inutilità delle categorie diagnostiche in psicopatologia di per sé. Le categorie riflettono delle linee guida che possono essere di grande importanza per i clinici, per i pazienti e per la società più ampia. Ciò che si è voluto evidenziare è invece in che modo, sotto quali condizioni, tali strumenti si rivelano utili, e quali sono le condizioni in cui invece possono diventare addirittura dannosi, fuorvianti, d'ostacolo alla comprensione delle diverse esperienze di sofferenza, e da parte del clinico, e da parte del paziente stesso. Si è sottolineato il duplice volto di necessità e cruccio delle etichette da un punto di vista dell'adattamento sociale di chi se le porta dietro, quindi assumendo su di sé un senso di sicurezza e di comprensione della propria condizione di malattia, e dunque un linguaggio comunitario che dota di significato un periodo specifico della propria vita, inserito all'interno di determinate e localizzate dinamiche di potere, sociali, relazionali, esistenziali, ecc.. In questo senso la persona trova nella categoria diagnostica un'ancora di salvezza, sia da un punto di vista esistenziale e intimo sia da quello dell'adattamento sociale, avendo la possibilità di mantenere un ruolo sociale che le è consentito dal fatto di aver condiviso un insieme di valori dominanti che le assicurano in qualche modo una "stabilità" (o *presenza* nel mondo, de Martino 1977). D'altro canto ho chiamato "cruccio" l'effetto che le categorie diagnostiche possono avere sui pazienti per riflettere sullo stigma sociale, le discriminazioni, i pregiudizi, che la società più ampia ancora investe su queste persone, identificandole in modo ideologico con l'etichetta che si portano dietro, e non come persone totali, umane, che hanno un periodo di sofferenza soggettivo ed esistenziale unico e particolare, che va indagato al di là della stessa categoria diagnostica. In questo senso c'è il rischio che i pazienti stessi usino l'etichetta diagnostica per sopperire ad una capacità di auto-critica e di auto-riflessività, che necessariamente deve passare per l'ansia che deriva dall'aver perso un senso nella propria esistenza, o per aver incorporato un insieme di elementi culturali entro uno specifico campo di forze sociale, politico, familiare, ecc., a cui non hanno saputo dare voce, e che continua a imprigionare il loro corpo e ad incarnarsi in esso come

“seconda natura”. Ma il rischio radicale delle categorie non è questo soltanto, quanto il loro utilizzo “ideologico”: le categorie diagnostiche sono lo strumento culturale di un’istituzione, quella psichiatrica, che riflette i valori di una classe dominante, che troppo facilmente si identifica con le teorie scientifiche sulla psicopatologia. Questo è un tipo di approccio ai sintomi di natura biologista e categoriale (assunti evidenti ancora nell’attuale definizione di “disturbo mentale”), che manca di riflettere sui processi di incorporazione della sofferenza che avvengono all’interno di un contesto sociale, politico e culturale più ampio. È un contesto che per leggere la propria intima condizione, oltre ad offrire gli strumenti psichiatrici, ne fornisce anche degli altri, degli itinerari alternativi su come intendere e comprendere la propria personale condizione di sofferenza, dei percorsi alternativi di guarigione. Un dialogo sincero tra scienze umane, quali psicologia e antropologia, in questo senso può essere una chiave perché la società, le istituzioni, i suoi tecnici (clinici in questo caso) e i pazienti non si identifichino più con gli strumenti della scienza (categorie diagnostiche), ma le vedano come uno dei tanti linguaggi per poter aiutare le persone ad indagare intimamente le loro condizioni di sofferenza soggettive, andando alla ricerca del senso dei propri sintomi, e non fermandosi alla facciata delle etichette.

A questo proposito aveva già criticamente riflettuto Basaglia, sostenendo che, per comprendere la sofferenza, dobbiamo usare le nostre teorie al massimo come delle linee-guida, degli strumenti che abbiamo costruito fino ad ora perché le esperienze precedenti ci hanno portato a considerarle come le forme più probabilmente aderenti alla realtà, che rispetto ai dati di cui disponevamo erano le migliori ipotesi; tuttavia, continua l’autore, per evitare che diventino “ideologie”, che plasmino la realtà e quindi ci offuschino la vista, dobbiamo sempre essere in grado, in quanto clinici, di tollerare l’angoscia che deriva dal contatto con l’esperienza reale, dal confronto con una situazione nuova, concreta, con un paziente in carne ed ossa, e comprendere le contraddizioni della realtà in una dimensione dialettica col paziente, che parta da quell’esperienza.

Piuttosto che un modello schematico e rigido, sarebbe utile che le categorie diagnostiche si ponessero come un *anti-modello*, in grado di non acquietarsi in uno schema di riferimento a-dialettico, come “*anti-scienza*”,

se per scienza si intende un'ideologia che si trova sempre a confermare i valori della classe dominante, nel passaggio necessario ad una posizione dialettica (Basaglia 1968). Dovremmo quindi essere sempre pronti a farci smentire dalla realtà, e «in qualità di scienziati, dobbiamo sempre ricordare che, quando teoria e fatti entrano in conflitto, è la teoria, non il fatto, che deve cedere il passo» (Lipsey 1963; cit. in Basaglia 1967c: 413).

Pretendere di avere la capacità di conoscere e trasmettere la comprensione della condizione della persona significherebbe invece alimentare la "gabbia" simbolica e interiore che al contempo tiene prigioniero e isola il depositario dell'etichetta, nel rischio di perdere contatto con i fattori reali e *mutevoli* della propria condizione di sofferenza, e con le reti di supporto sociale (che per loro conto possono non comprendere le sue richieste, a causa di una diagnosi che porta con sé molti stereotipi, pregiudizi e linee guida pratiche spesso incontestabili e difficili da scardinare). Essere consapevoli di questa *incompatibilità* tra categoria concettuale ed esperienza nell'attuale teoria psicopatologica, associata alla cultura della diagnosi psichiatrica, consente ai clinici stessi di permettere che il paziente stesso *trovi da sé*, attraverso il loro sostegno, delle "vie" individualmente adatte al recupero della sua condizione di felicità e adattamento culturale.²² Sebbene per la natura degli intenti con cui sono state pensate è impossibile mantenerle intatte e al contempo ri-definirne il significato in modo meno etnocentrico e riduzionistico, è fondamentale quantomeno riconsiderare le categorie diagnostiche nella loro attinenza all'esperienza soggettiva. Risignificare il linguaggio ripristinando l'associazione tra *nome* (culturalmente assegnato) e *senso* (co-costruito a

²² «Il bisogno di una nuova "scienza" e di una nuova "teoria" si inserisce in quello che impropriamente viene definito "vuoto ideologico" e che, in realtà, è il momento felice in cui si potrebbe incominciare ad affrontare i problemi in modo diverso. Momento felice in cui, disarmati come siamo, privi di strumenti che non siano un'esplicita difesa nostra di fronte all'angoscia e alla sofferenza, siamo costretti a rapportarci con questa angoscia e questa sofferenza senza oggettivarle automaticamente negli schemi della "malattia", e senza disporre ancora di un nuovo codice interpretativo che ricreerebbe l'antica distanza fra chi comprende e chi ignora, fra chi soffre e chi assiste. È solo in questo incontro diretto, senza la mediazione della malattia e della sua interpretazione, che può emergere la soggettività di chi soffre di disturbi psichici [...]» (Basaglia 1979b: 903, enfasi mia).

partire dall'esperienza del paziente col clinico) può spezzare le catene della sensazione di prigionia psicologica, culturale e sociale associate all'attribuzione di un'etichetta diagnostica, e consentire alle persone sofferenti di sfruttare il senso attribuito alla propria condizione per trovare nelle proprie pratiche culturali la via migliore per la loro idiosincratca espressione.

Bibliografia

- Ahearn L.-M. (2001), *Agentività/Agency*, in A. Duranti, *Culture e discorso. Un lessico per le scienze umane*, Meltemi, Roma 2001, pp. 18-23.
- Akrich M. (1995), *Petite anthropologie du médicament*, "Techniques et Cultures" 25-26, pp. 129-157.
- Alarcon R.D. (2009), *Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections*, "World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)", 8(3), pp. 131-9.
- Alarcon R.D. (2014), *Cultural inroads in DSM-5*, "World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)", 13(3), pp. 310-3.
- American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*, American Psychiatric Association, Washington D.C.
- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*, American Psychiatric Association, Washington D.C.
- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*, American Psychiatric Association, Washington D.C.
- Augè M. (1986), *Ordine biologico, ordine sociale. La malattia, forma elementare dell'avvenimento*, in C. Herzlich, M. Augè (a cura di), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, il Saggiatore, Milano.
- Basaglia F. (1960), *L'ideologia del corpo come espressività nevrotica*, in Basaglia 2017, pp. 345-373

- Basaglia F. (1967a), *Corpo e istituzione*, in Basaglia 2017, pp. 419-430.
- Basaglia F. (1967b), *Crisi istituzionale e crisi psichiatrica*, in Basaglia 2017, pp. 431-441.
- Basaglia F. (1967c), *Esclusione, programmazione e integrazione*, in Basaglia 2017, pp. 403-413.
- Basaglia F. (1967d), *La soluzione finale*, in Basaglia 2017, pp. 443-450.
- Basaglia F. (1968), *Il problema della gestione*, in Basaglia 2017, pp. 493-500.
- Basaglia F. (1969), *Le istituzioni della violenza e le istituzioni della tolleranza*, in Basaglia 2017, pp. 573-578.
- Basaglia F. (1970), *La malattia e il suo doppio*, in Basaglia 2017, pp. 613-629.
- Basaglia F. (1974), *Psichiatria e giustizia*, in Basaglia 2017, pp. 693-705.
- Basaglia F. (1975a), *Crimini di pace*, in Basaglia 2017, pp. 707-790.
- Basaglia F. (1975b), *Ideologia e pratica in tema di salute mentale*, in Basaglia 2017, pp. 803-809.
- Basaglia F. (1979a), *Follia/delirio*, in Basaglia 2017, pp. 853-879.
- Basaglia F. (1979b), *Prefazione a "Il giardino dei gelsi"*, in Basaglia 2017, pp. 899-903.
- Basaglia F. (2017), *Scritti. 1953-1980*, a cura di F. Ongaro Basaglia, il Saggiatore, Milano.
- Benoist J. (1996), *Le medicament, operateur technique et mediateur symbolique*, "Medicine et Anthropologie", 1, pp. 45-50.
- Bourdieu P. (2003), *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bredstrom A. (2017), *Culture and Context in Mental Health Diagnosis: Scrutinizing the DSM-5 Revision*, "Journal of Medical Humanities" 40, pp. 347-363.
- Breton A. (1967) *Che cos'è la psichiatria?*, 2° ed. Einaudi, Torino 1973.
- Civita A. (2009), *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, Carocci editore, Roma.
- Clarke A. et al. (2010), *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.*, Duke University Press, Durham N.C.
- Cooper R. (2015), *Why is the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders so hard to revise? Path-dependence and "lock-in" in classification*, "Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences", 51, pp. 1-10.

- Crehan K. (2002), *Gramsci: Culture and Anthropology*, Pluto Press, London (*Gramsci, cultura e antropologia*, ARGO, Lecce 2010).
- Csordas T.J. (1990), *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*, "Ethos: Journal of the Society for Psychological Anthropology", 18(1), pp. 5-47.
- De Martino E. (1977), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Giulio Einaudi editore, Torino.
- Dineen T. (2000), *Manufacturing Victims: What The Psychology Industry Is Doing To People*, "British Medical Journal", 321(7265), p. 902.
- Erikson E. (1950) *Infanzia e società*, Norton & Co., New York.
- Farmer P. (2003), *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, Oxford.
- Fassin D. (2014), *Ripoliticizzare il mondo. Studi antropologici sulla vita, il corpo e la morale*, ombre corte, Verona.
- Frances A., First M.B., Pincus H.A. (1995), *DSM-IV Guidebook*, American Psychiatric Press, Washington D.C. (*Guida al DSM-IV*, Masson, Milano 1997).
- Freud S. (1922), *L'Io e l'Es*, OSF, vol. 9.
- Fromm E. (1960), *Zen Buddhism and Psychoanalysis*, Harper & Brothers, New York City.
- Good B.J. (1977), *The Heart of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran*, "Culture, Medicine and Psychiatry", 1, pp. 25-58.
- Gramsci A. (1975), *Quaderni del carcere*, ed. critica dell'Istituto Gramsci a cura di V. Gerratana, 4 voll., Einaudi, Torino.
- Jung C.G. (1934) *Gli archetipi dell'inconscio collettivo* Bollati Boringhieri, Torino 1977.
- Klein M. (1935), *Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi*, Bollati Boringhieri, Torino 1978.
- Lévi-Strauss C. (1949), *L'efficacia simbolica*, in C. Lévi-Strauss, *Antropologia trutturale*, Il Saggiatore, Milano 1966, pp. 210-230.
- Lipsey R.G. (1963), *Introduzione all'economia*, Etas.
- Mannheim K. (1929), *Ideologia e utopia*, Il Mulino, Bologna 1999.
- Mirowsky J., Ross C.E. (2002), *Measurement for a Human Science*, "Journal of Health and Social Behavior", 43, pp. 152-170.

- Nguyen V.-K. (2008), *Antiretroviral Globalism, Biopolitics, and Therapeutic Citizenship*, Blackwell Publishing LTD, Oxford-Malden.
- Pizza G. (2005), *Antropologia: Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci editore, Roma.
- Pizza G. (2020), *L'antropologia di Gramsci. Corpo, natura, mutazione*, Carocci editore, Roma.
- Sartre J.-P. (1948), *Che cos'è la letteratura?*, Gallimard, Parigi.
- Scheper-Hughes N., Lock M. (1987), *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", 1(1), pp. 6-41.
- Schirripa P. (2015), *La vita sociale dei farmaci. Produzione, circolazione, consumo degli oggetti materiali della cura*, Argo, Lecce.
- Seppilli T. (2002), *L'itinerario Marx-Gramsci nella fondazione di una antropologia scientifica*, Archivio Seppilli, Perugia.
- Seppilli T. (2014), *Antropologia medica e strategie per la salute. Relazione introduttiva al Convegno*, in "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 16, 37,
<http://www.amantropologiamedica.unipg.it/index.php/am/article/view/337>
- Singer M.K. et al. (2016), *Culture: The missing link in health research*, "Social Science and Medicine", 170, pp. 237-246.
- Strahl H. (2003), *Cultural Interpretations of an Emerging Health Problem: Blood Pressure in Dar es Salaam, Tanzania*, "Anthropology and Medicine", 10(3), pp. 309-324.
- Van der Geest S., Reynolds Whyte S., Hardon, A. (1996), *The Anthropology of Pharmaceuticals. A Biographical Approach*. "Annual Review of Anthropology", 25, pp. 153-178.
- Whooley O. (2014), *Nosological Reflections: The Failure of DSM-5, the Emergence of RDoC, and the Decontextualization of Mental Distress*. "Society and Mental Health", 4(2), pp. 92-110.

L'autore

Gabriele Del Giudice

Ha conseguito la laurea triennale in Scienze e Tecniche Psicologiche all'Università di Cagliari con una tesi dal titolo “DSM e antropologia: dalla diagnosi della cultura alla cultura della diagnosi”. Ha conseguito presso la stessa anche la laurea magistrale in Psicologia dello sviluppo e dei processi socio-lavorativi, con un lavoro di tesi sul confronto tra le psicologie dell'inconscio in Occidente e le cosiddette “vie di liberazione” orientali (taoismo, buddhismo, zen). Svolge al momento il tirocinio post-lauream a Cagliari per l'abilitazione alla professione di psicologo, ed è iscritto al Master in Studi Orientalistici e Interculturali presso la Scuola Superiore di Filosofia Orientale e Comparativa di Rimini.

Email: gabriele.delgiudice@yahoo.it

L'articolo

Data invio: 28/11/2021

Data accettazione: 27/12/2021

Data pubblicazione: 30/12/2021

Come citare questo articolo

Gabriele Del Giudice, *Il pericolo delle categorie diagnostiche in psicopatologia: una prospettiva antropologica e basagliana*, “Medea”, VII, 1, 2021, DOI: [10.13125/medea-5015](https://doi.org/10.13125/medea-5015)