

PREVENZIONE E LOTTA ALLO STIGMA



Nella diagnosi infermieristica rintracciamo i segni dello stigma della diagnosi psichiatrica

a cura di

Gaetano Bonanno

Palermo - Dic. 2020



Se ne incentiva la diffusione

[contraria-mente@libero.it]

Seconda edizione 23 Dic 2020

PREVENZIONE E LOTTA ALLO STIGMA

*Nella diagnosi infermieristica rintracciamo i segni
dello stigma della diagnosi psichiatrica*

a cura di

Gaetano Bonanno

Palermo - Dic. 2020

PREVENZIONE E LOTTA ALLO STIGMA

Nella diagnosi infermieristica rintracciamo i segni dello stigma della diagnosi psichiatrica

Un punto di vista trans-psichiatrico. Non è una questione di traduzione. Se l'Infermiere in Salute Mentale deve partecipare dello stigma di una diagnosi psichiatrica. Al di là dell'etichetta psichiatrica. L'Infermiere è responsabile dell'Assistenza Infermieristica della persona portatrice di un Di.Re. o di un Gra.Di.Re. Accoglie la metodologia assistenziale che fa propria l'Autogestione del Disagio Relazionale proposta dalle strategie della Recovery e dell'Empowerment. I dati di un processo di stigmatizzazione costituiscono l'anamnesi per la diagnosi infermieristica di Sindrome da stigma. L'investitura di "Malato Mentale".

“È ormai ampiamente accettato che sia i sintomi positivi, sia quelli negativi, costituiscano un'esperienza comune anche per le persone alle quali non sia stato diagnosticato un problema di Salute Mentale.”
(Konings et. Al. 2006)

«Nel qui ed ora la diagnosi di "Malattia Mentale" porta a compimento quel cataclisma che il volo d'un moscerino aveva provocato nel polo opposto del Pianeta.»
(Gaetano Bonanno)

Niente di nuovo. Lo sappiamo, lo viviamo tutti i giorni con le persone che a noi si affidano per problematiche del Disagio Relazionale; per noi Infermieri della Salute Mentale è veramente troppo deludente oltre che ulteriormente problematico quando il Paziente ci presenta il problema, realistico, squalificante, dello stigma, mentre constatiamo che un tale pregnante risentimento viene, a sua volta, considerato anch'esso sintomo della stessa "malattia", della stessa patologia. Eppure, diventa complicato, oltre che conflittuale, un intervento funzionale in tal senso.

Ci mordiamo veramente le dita: se da un lato non possiamo non prendere atto della diagnosticata "Malattia Mentale", comunque categorizzata, dall'altro non vogliamo ignorare – almeno non dovremmo – la quotidiana evidenza di quella che ha tutti i connotati per essere definibile come Sindrome dello stigmatizzato. Questo mentre ci si rivolge l'invito ad un intervento manipolativo sia su quanto il Paziente vive quotidianamente sia su quanto noi notiamo e verificiamo, poco dignitoso per noi oltre che per il Paziente. Non c'è proprio niente da fare? Almeno una riflessione ce la dovremmo consentire. È poco, sicuramente; anzi niente, rispetto a quello di cui c'è bisogno.

La malattia è certamente fenomeno doloroso, non solo in quanto è determinata da un riscontrabile, definibile, identificabile quanto evidenziabile dato di patologia ma anche e prima di tutto per il vissuto che di essa ne ha il portatore e la famiglia oltre che l'entourage comunitario più prossimo. La "malattia", sostenuta da una diagnosi, in Psichiatria è stata di una certa inquietante sofferenza integrativa del vissuto di sofferenza già attribuibile alla condizione di Disagio Relazionale che la persona ha vissuto. In Psichiatria si dice "malattia" e si legge "follia", "pazzia", "malattia mentale", "schizofrenia", "pericolosità sociale"... e tutte le altre e diverse categorie espressione dei più negativi e socialmente terribili connotati, che per secoli l'Istituzione Psichiatrica ha accumulato a scapito delle persone che gli sono state affidate in cura, il

cui prioritario effetto, lungi da un qualche valore terapeutico, è stato quello di etichettatura stigmatizzante per chi fosse stato diagnosticato come “malato mentale”. Le cose non vanno meglio nell’Istituzione della Salute Mentale anche per chi, almeno nella teoria, continua ad essere diagnosticato non più per malattie mentali ma, oggi, per “disturbi mentali” (Cfr. DSM) mentre nella quotidiana pratica relazionale è rimasto ed è concepito e considerato come il “malato mentale” di sempre.

Allora l’Infermiere che lavora in Salute Mentale che, pur non facendo certamente diagnosi psichiatriche né diagnosi di “malattia mentale”, si trova giornalmente a dover assistere la persona sofferente anche per i prepotenti effetti collaterali di tale diagnosi, un qualche quesito se lo deve porre e se lo pone, specie quando già dai primi dati anamnestici infermieristici si mette in evidenza una radicata e mal funzionante risposta alla sofferenza che ha tutte le caratteristiche della Sindrome dello Stigmatizzato. E questo l’Infermiere lo sa, perché lo nota e lo vive tutti i giorni ma, tra lo stravagante Potere dello Psichiatra e il disamoramento nei confronti di una presa di responsabilità sia nei confronti della sua stessa professione sia nei confronti dello stesso Paziente, tende ad ignorarlo preferendo comprarsi la pace o riducendosi ad una pace coatta. Cosa diversa dell’autonomia professionale infermieristica, a sua volta cosa diversa da un atteggiamento da mini Psichiatra di cui l’Infermiere non ha proprio bisogno. Niente di nuovo. Solo il tentativo di una riflessione sull’attualità del vecchio stigma del “Paziente psichiatrico” nella nuova “Salute Mentale”. Il vecchio stigma della Psichiatria nella nuova Salute Mentale.

Tra impertinenza e “incompatibilità” la necessità delle “buone pratiche”

- Rosario, dopo mesi di fallimentare bussare alla sua porta, al momento del sì – al quale siamo arrivati dopo numerosi e variabili salti mortali – le sue condizioni erano chiare e inequivocabili: l’auto con la sigla della USL con la quale ci recavamo a trovarlo poteva circolare nel quartiere ma doveva rimanere a debita distanza dal suo villino.

- Ho desiderio, ormai da anni, di andarmi a fare una passeggiata in Via Maqueda come tutte le signore. Con la faccia che mi ritrovo, che devono pensare di me? Io ormai ce l’ho scritto in fronte. Infermiere, è come se la diagnosi mi fosse stata tatuata in faccia, come un brutto neo, come una brutta macchia il cui nascondimento non può che passare dal mio nascondimento. (Gina)

- Anche quando sono stato ricoverato, la responsabile dell’SPDC l’aveva detto a mia madre: signora lo capisce che per suo figlio non c’è niente da fare? Mentre un altro psichiatra mi aveva detto: contro la sua testa non c’è niente da fare.

- “Il mio nome è Rosario Schizofrenico”.

Così. Nome e cognome.

- “Con la mia malattia non c’è niente da fare”.

- “Con questa malattia mentale non ho speranza”.

- “Lo Psichiatra me l’ha detto che contro la mia testa non si può fare niente.”

- “L’altro giorno, mentre mi trovavo in un bar, ad un certo punto mi hanno cambiato di tavolo. E secondo te, perché? Io ce l’ho stampato in fronte. Mi si legge negli occhi.” (G.Z.)

Qual è quella “malattia” che più la si nomina più la sua *sinomatologia* s’incrementa?

Si può pretendere, direbbe lo Psichiatra, che c’è una “malattia” e la si nasconda? O, addirittura, che la si neghi?

E, d’altra parte, se la Psichiatria si fonda propriamente su quella “malattia”, quindi lo stesso Psichiatra, come la si potrebbe negare senza negare la Psichiatria? Solamente?

La si potrebbe nascondere? Se c’è il pericolo di potere, volere, dovere nascondere una “malattia”, evidentemente quella

“*malattia*” qualche problema ce l’ha. È stato questo, forse, il motivo per il quale in Psichiatria, anche in tempo di *Salute Mentale*, si poteva accedere con tutt’altra specialità, diversa da quella psichiatrica come la Cardiologia, l’Ortopedia, la Medicina Interna, la Diabetologia e altro?

Sembrerebbe un paradosso l’utilizzo di potentissimi psicofarmaci che agiscono sulla *sintomatologia psichiatrica* mentre si tiene in scarsa considerazione il dato, più che evidente, che dimostra di come quella “*malattia*”, più si pensa, più la si nomina, più s’incrementa quella *sintomatologia* contro la quale s’impiegano tonnellate di psicofarmaci. Ma è un vero paradosso?

Per questi motivi, ma non solo, qualcuno aveva messo la “*malattia*” “*tra parentesi*”. È rimasta lì, tirata fuori tutte le volte che allo Psichiatra fosse servito. Praticamente sempre.

Per carità tutti quesiti dell’incompatibilità, tutte domande dell’impertinenza dell’Infermiere. C’è però anche da dire che l’Infermiere, sin dal primo incontro con il Paziente diagnosticato per “*Malato Mentale*” si trova a dover diagnosticare una condizione e una situazione di *Compromessa abilità relazionale* in relazione alla diagnosi di “*Malattia Mentale*”; si trova di fronte a quella che non ho ancora trovato di meglio che definire *Sindrome dello stigmatizzato* in relazione ad un incremento sintomatologico a sua volta da porre in relazione alla diagnosi psichiatrica; di fronte a quell’incremento sintomatologico che lo Psichiatra attribuisce, pure quello, direttamente alla stessa “*malattia*”.

Tutto ciò porta l’Infermiere a chiedersi: qual è quell’Assistenza Infermieristica, che abbia le qualità delle *buone pratiche* in *Salute Mentale*, da destinare ad una persona che manifesta una *Compromessa abilità relazionale* in relazione ad un processo di stigmatizzazione, personale e familiare, da diagnosi psichiatrica?

Può tale Assistenza Infermieristica avere le qualità della Diagnosi infermieristica nella prospettiva della lotta allo stigma?

Deve.

Il disagio di sempre con occhio diverso

«Stigma (o stemma) s. m. [dal lat. *stigma* (-*ātis*) “marchio, macchia, punto”, propriam. “puntura”, gr. *στίγμα* -*ατος*, der. di *στίζω* “pungere, marcare”] (...) Nell’uso letter., con sign. vicino a quello etimologico, marchio, impronta, carattere distintivo. (...) In psicologia sociale, attribuzione di qualità negative a una persona o a un gruppo di persone, soprattutto rivolta alla loro condizione sociale e reputazione: *un individuo, un gruppo colpito da s. psico-fisici, razziali, etnici, religiosi.*»
[Vocabolario Treccani online]

Forse mai sarà evidenza scientifica ma quando l’Infermiere che lavora in *Salute Mentale* incomincia a guardare le condizioni del disagio non più dal punto di vista dello Psichiatra, cosa tra l’altro illusoria non meno di ogni altra allucinazione, ma dal punto di vista della sua professione, si può accorgere giornalmente del peso integrativo in sofferenza che il Paziente sopporta in relazione a lunghi anni di quello che per violenza è equiparabile a qualsiasi altro processo di marchiatura sociale. Tutto qui?

Non se ne può parlare né da parte degli operatori né da parte dei Pazienti e delle loro famiglie. Come se il problema non esistesse, è meglio non lo tirare fuori e farlo scomparire, depistarlo, manipolarlo, seppellirlo nell’ordine del discorso quando durante colloqui diversi venisse fuori più o meno esplicitamente, più o meno metaforicamente. L’amaro in bocca della disperazione e della rassegnazione fino all’abbandono nell’impotenza, nella consapevolezza di non avere speranza di poter riacquisire la perduta dignità.

Nel qui ed ora la diagnosi di “*Malattia Mentale*” porta a compimento quel cataclisma che il volo d’un moscerino aveva provocato nel polo opposto del Pianeta. Niente di nuovo; argomento veramente antico, di cogente attualità anche se fuorimoda, la necessità di uno sguardo diverso alle problematiche del disagio non esula dalle buone pratiche dell’Assistenza Infermieristica. Uno sguardo con occhio diverso, da un punto di vista diverso da quello a cui ci ha abituato l’Istituzione Psichiatrica, se più funzionale vuole essere alla comprensione delle condizioni di disagio della persona, non per questo vuole sottovalutare quanto problematiche, complicate, dolorose possano essere le sue più svariate espressioni e quanto difficoltose possano essere le strategie di risoluzione. Molto al di là di una “*malattia*”.

L'insalata avvelenata

“La stigmatizzazione è il fenomeno sociale che attribuisce una connotazione negativa a un membro (o a un gruppo) della comunità in modo da declassarlo a un livello inferiore. Oggetto di studio della sociologia e dell’antropologia a partire dagli anni sessanta, la stigmatizzazione è uno strumento utilizzato dalla comunità per identificare i soggetti devianti. La parola stigma viene usata come sinonimo di marchio, segno distintivo, in riferimento alla disapprovazione sociale di alcune caratteristiche personali. In sociologia si usa per caratterizzare un handicap fisico o mentale o una devianza.”

[Wikipedia – L’enciclopedia libera e collaborativa]

Se in una famiglia, qualsiasi essa sia, un cucchiaino di mais nell’insalata scateni, a partire da un suo membro, chiunque questi sia, un attacco violento, un cataclisma, insistente e persistente, fino al punto che un figlio, chiunque questi sia, alza le mani contro i genitori, chiunque questi siano, e questi siano costretti ad alzare le mani in segno di una resa coatta ...respiro profondo... può trattarsi di un episodio, occasionale, sfuggito ad ogni uso e ad ogni costumanza; può trattarsi pure di una famiglia che vive una condizione di *Disagio Relazionale* che ha, erroneamente, cercato orizzonte di soluzione o di sbocco in quell’episodio di violenza. Se non si tratta di un episodio ma di un’acquisita *mala abitudine* che si ripete sempre più frequentemente, con molta probabilità quella famiglia vive una condizione di *Disagio Relazionale* tendente ad un più *Grave Disturbo Relazionale* la cui soluzione tende a complicarsi sempre più. Non sto in tal modo pensando ad una “*Malattia Mentale*” solo diversamente nominata ma sto riflettendo sul pericolo che tale condizione, presa in osservazione dalla Psichiatria, possa intraprendere, attraverso una categoria nosologica psichiatrica, la strada di un *etichettamento stigmatizzante*. D’altra parte, con la pratica nosografica e la conseguente diagnosi psichiatrica, lo Psichiatra sta ubbidendo a qualcuno e a qualcosa. D’altra parte situazioni simili, in passato, hanno preso la via della reclusione e dell’esclusione in Manicomio dopo l’espulsione, prima, dalla famiglia, quindi dalla comunità. La soluzione finale di appena qualche giorno fa. Impertinenza dell’Infermiere allora sarebbe pensare di dire allo Psichiatra cosa questi deve fare, pensiero che è proprio

lontano dalle preoccupazioni del presente elaborato che, al massimo, vuole porre una riflessione non tanto sull'agito dello Psichiatra quanto sul subito del Paziente attraverso la pratica diagnostica, anche in *Salute Mentale* ormai ampiamente criticata per i suoi effetti stigmatizzanti a carico della persona sofferente e della sua famiglia. Senza mezzi termini, anche a quest'ultima, a fianco della Psichiatria, l'espulsione e l'esclusione, apparivano la soluzione migliore, più sbrigativa, meno dispendiosa di energia e finanza. In situazioni che comunque erano molto più violente e stressanti di quella del mais nell'insalata. Se ricordo di Vigili Urbani a Bagheria che eseguivano un TSO pistola alla mano, un caso raro è quello dell'Utente che, qualche tempo prima di morire giovane senza mai sapere perché, aveva conservato nel congelatore i due gatti che qualche giorno prima, durante una visita domiciliare, avevamo visto strusciarglisi alle gambe.

Forse la resilienza

“Lo stigma consiste in una attribuzione di pregiudizio infondato che ha come conseguenza l'isolamento del malato e l'incurabilità. La parola stigma, di origine greca, significa marchio, impronta, segno, distintivo. (...) In particolare, gli esperti di *Salute Mentale* individuano con questo termine la discriminazione basata sul pregiudizio nei confronti del malato mentale. Di conseguenza per un malato mentale subire lo stigma significa vivere ogni giorno nell'esclusione, nel rifiuto, nella vergogna e nella solitudine.”

[Francesca Fiore – State of Mind]

Parliamo del nulla o della “*malattia*”? È ormai un gioco perfino il potere filmare lo scaricare degli impulsi cellulari e il loro percorso carambolante da un'area all'altra e pingpongante sul verde tappeto del cervello senza mai che, a fine partita, la “*Malattia Mentale*” avesse potuto concludere, al di là delle generose ipotesi, con la sua vittoria. Qualche tempo fa, senza per questo negare la sofferenza, erano in molti quelli che dicevano che non si tratti di una “*malattia*” e che non ci siano i termini per poter parlare di una patologia. Oggi non ci troviamo molto al di là di tali conclusioni. Anche se, riferendomi alla mia esperienza, mi sembra che si tratti di qualcosa di molto più che di una “*malattia*”.

Raccontata quella sofferenza in questo modo, attraverso le

problematiche del *Disagio Relazionale*, è come se stessi parlando del nulla anche quando il peso di tale *Disagio* fosse di notevole gravità. Può essere pure che si tratti di un alleggerimento nel modo di sentire e vivere la problematica, normalmente veramente pesante, segno di un'abitudine alla resilienza nella prospettiva di una soluzione comunitaria più a portata di mano. Forse ci siamo fatti anche un po' più bravi e, in attesa del promesso psicofarmaco miracoloso e, questa volta, veramente terapeutico, abbiamo cercato di meglio valorizzare le potenzialità terapeutiche della *relazionalità empatica*.

Se tale condizione subisce una diagnosi psichiatrica di "*Malattia Mentale*" per quella famiglia e per il suo membro cambia il mondo. Non certo per un'ipotetica cattiveria storica o genetica dello Psichiatra quanto per il più che elementare motivo che un componente di quella famiglia, ad un certo punto della sua vita, diventa nominato con quella diagnosi psichiatrica di "*Malattia Mentale*", comunque nosograficamente ridefinita, la stessa che col tempo si è caricata di tale e tanti connotati negativi, la cui etichetta, per la persona che in tal modo è stata ora diagnosticata, diventa veramente di una violenza e di un peso altamente stigmatizzanti ed escludenti più di quanto lo sia di già la stessa originaria sofferenza.

Il rischio di macchiarsi le carte

«Sono la paura e il rifiuto della debolezza, della vulnerabilità, della mortalità e l'arbitrarietà dell'esperienza umana che ci trattiene dal confrontarci con alcune realtà. La paura e il rifiuto richiedono l'isolamento di quelli che sono disabili, malati o vecchi come "altri", come "non come noi".»

[Jenny Morris, 1991]

Di fronte ad una situazione comunque complessa e problematica e che necessita di un aiuto nel superamento delle sue difficoltà, ancora oggi, ci troviamo a dover considerare se è meglio parlare di una condizione di *Disagio Relazionale*, di quel nulla comunque ricco di un suo senso e contenuto in potenzialità relazionali, o di "*Malattia Mentale*", arbitrario costruito concettuale, la cui forza e il cui carico stigmatizzante se sa dare un nome specifico

alquanto fantasioso ad una sofferenza, per la rabbia, il dolore, l'angoscia, la vergogna di quell'imposto stigma sia sociale sia individuale sa, oltre che l'espressione sintomatologica, anche annichilire tante iniziative e azioni di aiuto che, dopo tutto, sotto il condizionamento direttivo di una diagnosi, mai saranno in grado di superare l'oppressione dello stigma; mai saranno in grado di superare la forza della sfiducia, della rassegnazione nei confronti di una categoria per la quale la diagnosi di "*malattia*" mai si potrà trasformare in diagnosi di salute. Per non dire che non sono pochi i casi di persone che, per non subire una diagnosi psichiatrica, per non farsi "*macchiare le carte*", mai hanno messo piede in un servizio di *Salute Mentale*. Curate su delega, a distanza, in gran segreto, da psichiatri privati che mai li hanno visti in faccia, con psicofarmaci dettati più dal momento di mercato che dall'espressione clinica mai osservata e senza giustificazione alcuna, né neuropatologica né farmacologica, in relazione ad un mai individuato substrato biochimico. Trasferite dalla città, dove rischiavano d'essere viste dai vicini del quartiere, e rinchiusa, sotto catenaccio, dietro un cancello, in un villino a mare, lontane da occhi indiscreti. Quale fosse il rischio l'avevano capito bene. D'altra parte, l'alternativa, da noi, era tra il Manicomio di Siracusa, il Manicomio di Agrigento, quello di Barcellona Pozzo di Gotto, la Real Casa dei Matti di Palermo; modello reclusivo che rappresentando, anche nella sua stessa strutturazione, la terapia elettiva psichiatrica ufficiale non poteva non divenire anche l'unico modello sociale di riferimento.

Chi non ricorreva al Manicomio finiva come "*Aitina 'a Pazza*", a Leonforte, nella discesa all'angolo del "*vardunaru*", legata e rinchiusa dietro una grata, a spettacolo equestre di noi ragazzini del quartiere, che tanta paura ci faceva credendola lì rinchiusa non per assoluta mancanza di fiducia in una Psichiatria terapeutica o per non macchiarsi le carte ma ritenendola legata per particolari facoltà e poteri animaleschi che potevano richiedere un qualche controllo in gabbia e con la catena al piede. I parenti le portavano da mangiare in una pentola deposta dietro la porta dal lato interno del bugigattolo dov'era rinchiusa. La stessa cosa che qualche anno più tardi mi capiterà, e non solo di vedere, in un villino di Santa Flavia (PA) dove R. alla mamma, obbligata a lasciarle la pentola con gli alimenti dietro la porta, qualche volta, alzava la veste, le abbassava i collant e la scacciava a calci nel sedere.

Così raccontavano la mamma e la sorella mentre in Équipe la proposta ripetitiva e nauseante era quella di votare a maggioranza un TSO che avrebbe tolto ogni frastornazione.

Diagnosi infermieristica da Stigma da marchio

**“Mi dispiace perché penso che la loro vita non sia bellissimissima”
“devono sempre avere un sostegno ... devono sempre essere aiutati”.**
[Carità pilusa]

Al di là dell'imposizione di un'etichetta, non certamente originale ma presa a prestito, che altra funzione non può avere se non quella della forza stigmatizzante, specie quando si tratta di una diagnosi psichiatrica, l'Infermiere in *Salute Mentale* si trova di fronte ad una serie di problemi di natura e origine diversa la cui non soddisfatta soluzione si può avvitare in una violenza intrafamiliare che non può, in verità, rappresentare soluzione alcuna all'essenza delle problematiche.

Quel cataclisma, occasionato da una qualche cucchiata di mais in un'insalata, scatenato all'interno di un nucleo familiare, non giustificabile anche se analogicamente comprensibile quale soluzione antalgica contro un più ampio, profondo dolore o contro un inconscio e scalpitante conflitto irrisolto, non è orizzonte di soluzione di angoscianti problematiche come soluzione, in problematiche simili, non ha rappresentato l'imposizione di un marchio psichiatrico in precedenza preso a prestito da parte dell'Infermiere ma oggi da considerare, senza possibilità di alternativa alcuna, elemento di una diagnosi infermieristica propriamente in quanto dato esprime un disagio integrativo da porre in relazione alla violenza stigmatizzante della diagnosi.

Per l'Infermiere la lotta contro il processo di stigmatizzazione prodotto dall'etichetta psichiatrica è prioritaria e urgente come la lotta contro i sintomi positivi o negativi della sofferenza, espressione di una condizione di *Disturbo Relazionale*.

Lungi dal contestare la diagnosi psichiatrica, del cui fondamento è responsabile lo Psichiatra, l'Infermiere è chiamato, non facoltativamente, ad affrontare la condizione di disagio integrativo da porre in relazione, come da quotidiane evidenze cliniche, ad un etichettamento diagnostico. Sin dai primi colloqui infermieristici,

sin dalla prima raccolta anamnestica, all'Infermiere si pone in evidenza quella che possiamo definire come *Rabbia da stigma* in relazione ad una sindrome connessa alle situazioni stressanti, esasperanti ed escludenti del vissuto dello stigma, del vissuto dell'occhio indagante. La soluzione? Semplice. Basta considerare anche tale effetto non quello da mettere in relazione alla diagnosi ma effetto della stessa "malattia"; anche quello un sintomo e segno della ipotizzata "patologia".

L'Autogestione è l'essenza della Recovery

«Chi è stigmatizzato è riconoscibile, disuguale, lo si individua subito, abitualmente è più debole, più esposto, la sua situazione è precaria, non ha una forza economica, sociale e culturale da opporre alla crociata che esige solo da lui la perfezione di condotta e di comportamento.»

[Franco Basaglia – Crimini di pace.]

L'*IMR (Illness Management and Recovery)* è il programma evidence-based sviluppato sotto la direzione di Susan Gingerich e Kim T. Mueser, pubblicato e reso accessibile online nel 2010 dall'agenzia governativa statunitense *U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Center for Mental Health Services*. Lo studio di tale programma, che pone in relazione la gestione della "malattia" ("illness") attraverso le metodologie del *Recovery*, come per tutti gli altri professionisti dell'aiuto in *Salute Mentale*, pone all'attenzione anche dell'Infermiere, quale responsabile unico dell'Assistenza Infermieristica, l'occasione per una riflessione su un concetto fondamentale, scaturente, a sua volta, dai due concetti di "gestione" ("Management") e di "Recovery" ("Reintegrazione") e, meglio ancora, sul concetto complesso di "Autogestione", metodologia di riferimento che trova la sua espressione quando la gestione della "malattia" si realizza attraverso le strategie delle pratiche della *Recovery*. Nella *IMR* si mettono allora in evidenza quei concetti che presuppongono e descrivono un metodo alla sua base: l'*Autogestione della Malattia attraverso la Recovery*. Tale metodo, se già abbiamo riconosciuto che quello autogestionario è già essenza e caratteristica della *Recovery*, nella ripetizione di "Autogestione" in integrazione con "Recovery", la cui essenza è sempre quella del processo autogestionario, propone la

pesantezza di una ridondanza di significato, motivo per il quale riteniamo più che sufficiente ed esplicativo parlare di *Autogestione della malattia* intendendo, ma anche riconoscendo, che è già nelle pratiche della *Recovery* che trova espressione l'*Autogestione*. Abbiamo allora che la *Recovery* si può coniugare con l'*Autogestione* fino ad una reciproca corrispondenza e all'individuazione in un metodo unico e unitario, quello *Autogestionario*. Pertanto, il concetto di "*Malattia*", con la imprescindibile categoria diagnostica psichiatrica che l'accompagna, a sua volta, mal si coniuga con il concetto di "*Recovery*" che in quanto metodo, da un lato, richiederebbe a chi soffre l'impegno in prima persona nell'emancipazione dalla sofferenza ma, dall'altro, caricherebbe la persona del peso dello stigma dovuto all'etichetta di "*Malattia Mentale*"; accoppiata terminologica che, nel tempo, per varie vicende storiche e culturali riguardanti l'Istituzione Psichiatrica, si è caricata di tali e tanti connotati negativi al punto da rappresentare, oggi come ieri, per chi se la trova imposta, un fardello che priva di forza, di senso e di speranza quanto stava promettendo la stessa *Recovery*. Un peso aggiuntivo talmente stressante al punto che i suoi effetti sono stati ipotizzati tra i sintomi negativi della "*psicosi*"; una forma di pessimismo tra le «conseguenze psicologiche e sociali derivanti dall'aver ricevuto una diagnosi di disturbo psicotico.»¹ Il peso che per una persona sofferente ha la diagnosi psichiatrica non ha confronto con il peso che può avere una diagnosi in un'altra qualsiasi delle branche della Patologia clinica.

Dissonanza tra "Recovery" e "Malattia Mentale"

“La differenza viene definita dall'altro e, a sua volta, l'identità che di essa emerge non è quella secondo la quale la disabilità costituisce un atto differenziatore, ma l'assenza di elementi identitari rispetto all'altro. È un'identità eteronoma e in negativo; è un'identità escludente e marginalizzante. È una non identità. È l'identità dell'insufficienza, della carenza e della mancanza di autonomia”

(Ferreira, 2007)

¹) - Zubin, 1985 – In: *Rivisitare i sintomi negativi. Un approccio psicosociale per il trattamento dei livelli ridotti di espressione e attività nelle psicosi*; Hilary Mairs, Giovanni Fioriti Editore, 2019.

Dopo tanto discutere e filosofare sulla *Recovery*, fino ad inserirla tra i valori fondamentali del *modello evidence-based*, come processo autogestionario non di “*guarigione*”, termine criticato come inappropriato, ma di “*reintegrazione*”, la prima cosa che salta all’occhio con la traduzione di *IMR* in “*Gestione della Malattia con/attraverso la Recovery*” è la dissonanza non solo tra il concetto di “*Malattia*” e quello di “*Recovery*” ma anche, e prima di tutto, tra il concetto di “*Recovery*” e quello di “*Malattia Mentale*”, di cui per finire la *IMR* dichiara di volersi occupare, concetto ancora attualmente socialmente fortemente stigmatizzante sia per il modo di concepire, nel nostro modello culturale, la “*Malattia Mentale*” sia per la massima sua espressione nosologica che ritroviamo nella diagnosi di “*Schizofrenia*”. È proprio dall’impossibile e stigmatizzante diagnosi di “*Schizofrenia*” che è nata la *Recovery* di Patricia Deegan² alla quale lo Psichiatra aveva appioppato quella diagnosi.

Una traduzione per una tra-duzione

“Questa sorta di totemismo refrattario alla convivenza pone il disabile non tanto in una posizione di venerazione o fascino, quanto in una comparazione che rinforza la posizione di normalità del gruppo”.

[Giuseppe Vadalà

Università degli Studi di Bergamo.]

Se la traduzione di *Illness Management and Recovery* può essere quella di *Gestione della Malattia con/attraverso la Recovery*, per rimanere negli ambiti di cui l’*IMR* si occupa, oltre che nella richiesta di metodo che la *Recovery* ci pone, di fatto la traduzione che meglio possa rappresentare ed esprimere il senso dell’*IMR* credo che sia proprio quella di “*Autogestione della Malattia attraverso la Recovery*”. Non tanto per una questione di traduzione quanto per il fatto che la traduzione proposta meglio riesca a descrivere la metodologia della *Recovery* la cui prioritaria essenza di qualità è quella dell’*Autogestione*. Motivo per il quale, con riferimento alle buone pratiche assistenziali in *Salute Mentale*,

²) - Patricia E. Deegan è sostenitrice dei diritti della disabilità, psicologa e ricercatrice che vive negli Stati Uniti. Conosciuta come sostenitrice del movimento per il recupero della salute mentale, è oratore e formatore internazionale nel campo della salute mentale. Deegan ha anche co-fondato M-POWER.

non trovo di meglio che fare riferimento alla metodologia dell'*Autogestione* che, nello specifico, si realizza attraverso le pratiche e le strategie della *Recovery*; tale che, in *Salute Mentale*, parlare di *Autogestione* possa immediatamente richiamare le buone pratiche della *Recovery*. Come si esprime l'*Autogestione* del *Disagio Relazionale*? Se un modo è quello attraverso le buone pratiche della *Recovery*, residua ancora il disagio, l'ingombro, l'imbarazzo, la vergogna della "malattia" che si abbattono sulla persona sofferente per avere accompagnato tutta la storia della Psichiatria.

Stigma coattivo

«A differenza di quello che ci si potrebbe aspettare, recenti ricerche suggeriscono che lo stereotipo della pericolosità è in crescita e che lo stigma nei confronti dei malati psichiatrici continua ad influenzare in maniera negativa la vita delle persone coinvolte.»
[Paolo Gritti, Silvana Gagliardi – 2012]

Mi chiedo allora: una persona dichiarata "Ammalata", diagnosticata "Malata Mentale", caricata di stigma e autostigmatizzantesi non solo come "Malata" ma perfino come "Malata Mentale", processo di stigmatizzazione rinforzato e caricato da una categoria della nosologia psichiatrica, da una categoria diagnostica, che capacità e potenzialità di ripresa deve e può mai avere per *guarire* o, se più ci piace, per *reintegrarsi* nelle sue funzioni individuali e sociali; nel suo equilibrio bio-psico-sociale? Forse non basteranno capacità e potenzialità perché, prima di tutto, su ogni risorsa di quella persona avrà vinto ancora il Potere della Psichiatria con le sue male *pratiche etichettanti e stigmatizzanti* inserito in una società che, per la stravagante democrazia della delega, attraverso la diagnosi di "Malattia Mentale" ha delegato all'Istituzione Psichiatrica non tanto la cura quanto il controllo autoritario di una forma particolare del *Disagio Relazionale*; l'investitura diagnostica psichiatrica.

Per un punto di vista trans-psichiatrico

“Noi normali sviluppiamo certe concezioni, non sappiamo se oggettivamente fondate o no, riguardo alla sfera di vita in cui un particolare stigma squalifica subito una persona.”
[E. Goffman, 2003]

Allora con la presente breve nota voglio riflettere, assieme a chi si trova a leggerla, sulla necessità e sull'urgenza di un punto di vista, di uno *sguardo trans-psichiatrico* alle umane problematiche del *Disagio*. Lo faccio prendendo a pretesto il “*IMR = Illness Management and Recovery*” e mettendo alla prova un ragionamento semplice e, prima di tutto, di buon senso a partire dalla scelta di una possibile modalità di traduzione di quell'espressione inglese. A partire anche da quanto mi porta a concludere, sebbene sempre provvisoriamente, un continuo processo di ricerca durato anni di lavoro sul campo a contatto con chi tale processo di stigmatizzazione non solo lo denuncia giorno per giorno ma lo ha anche subito sentendoselo inciso a fuoco sulla pelle con una violenza superiore, oltre che integrativa, a quella dello stesso *Disagio* che con ogni sforzo giornalmente stava volendo superare. Fino a cronicizzarsi schiacciato dalla vergogna dello stigma cosa che non era riuscita a fare la primigenia condizione di *Disagio Relazionale*. Fino a quando la *fortuna* di un'intensificazione sintomatologica renderà quel marchio indelebile a vita. Se gli hanno dato la pensione si vede che “*schizofrenico*” lo era veramente. Ecco la conclusione!

Una rielaborazione trans-psichiatrica

«Gli verrà detto che per lui le cose saranno più facili se sta “tra quelli che si trovano nelle sue stesse condizioni” e così imparerà che la concezione che aveva di sé era sbagliata e che questo modo di essere più limitativo è quello reale”.»

[E. Goffman, 2003]

- Se l'inglese “*Illness*” lo traduciamo abitualmente con l'italiano “*Malattia*”;
- se “*Illness*” è tradotto ancora come *male, infermità, malessere, disturbo, malore*;
- se il “*Disagio*” (*disagio, malessere, imbarazzo, ansia, agitazione, soggezione*) è, in equivalenza, anche definibile come “*malessere*” e, anche questo termine, è traducibile con quello inglese “*Illness*”, come “*Malattia*”;
- se il termine “*Management*” è traducibile in italiano come “*Gestione*”;

- se noi quello che in inglese, per Patricia E. Deegan, è il “*Recovery as a Self-Directed Process of Healing and Transformation*” lo traduciamo, in italiano, con il concetto non di “*Guarigione*” ma di “*Reintegrazione come processo di Autogestione per ristabilirsi e cambiare*”, non stiamo facendo torto a nessuna traduzione né stiamo sminuendo di significato il metodo proposto dalla “*IMR = Illness Management and Recovery*” e dalla stessa Deegan se con “*Disagio*” traduciamo “*Illness*”, comunemente tradotto come “*Malattia*”, e se traduciamo “*Management and Recovery*” non con “*gestione*” e “*ripresa o reintegrazione*” ma direttamente ed elettivamente come “*Autogestione*” indicando con tale termine il significato di una “*gestione con reintegrazione*”, oltre che con “*ripresa*”, che, in relazione ed integrazione con *Recovery*, ci porta a concludere favorevolmente per la traduzione in “*Autogestione del Disagio*”.

Da noi stessi

“Deve compiersi un cambiamento nell’ethos della scuola [...] Il compito delle scuole è educare tutti i bambini, non soltanto quelli che rientrano in una banda sempre più ristretta dettata da criteri selettivi.”

(Oliver, 1996)

Un esempio dell’*Autogestione* del *Disagio* che, prima di tutto è sempre “*Disagio Relazionale*” lo troviamo nell’esperienza di Judy Chamberlin narrata nel volume del 1990, dal titolo esplicativo “*Da noi stessi*”³ con l’Introduzione di Paolo Crepet, Simo-
netta Gori-Savellini & Pino Pini.

Allora non è solo questione di traduzione ma stiamo anche volendo riflettere su una metodologia, quella dell’*Autogestione* riferita al *Disagio* che vuole indicare le modalità di quella pratica, essa stessa necessaria ed indispensabile alla gestione della propria sofferenza a partire da se stessi, attraverso il ricorso a tutte quelle strategie risolutive miranti alla “*Reintegrazione*” così come la intende la Deegan in tutti i suoi lavori sull’esperienza della *Recovery*.⁴

³) – *Da noi stessi. Un contributo per l’auto-aiuto psichiatrico*; Judy Chamberlin, Aldo Primeraro editrice tipografica, 1990, Roma.

⁴) - *Ti stai sbagliando, mi riprendo la vita* - Lettura teatrale sulla testimonianza di recovery di Patricia Deegan Interpretata da Francesca Mainetti (Teatro 19) Traduzione: Fabio Lucchi Adattamento testo: Francesca Mainetti Video: Gianpaolo Scarsato Info:

Dalla “Malattia” al “Di.Re.” e “Gra.Di.Re.”

“Dunque la discriminazione verso le persone affette da malattia mentale persiste ed è fenomeno radicato ed ubiquitario nonostante le politiche di contrasto allo stigma e di integrazione sociale degli svantaggiati promosse a tutti i livelli nazionali ed internazionali.”

[Maurizio Ferrara, 2009]

Se pur viene meno, nell'immediato, il concetto e il pensiero di “*Malattia*”, di quel termine che, integrato nel concetto di “*Malattia Mentale*”, nell'intimo rimuginio della persona produce una tensione rabbiosa, compulsiva, impotente, più cronicizzante, escludente e stigmatizzante della stessa ipotetica *patologia* posta alla base della stessa sofferenza, certamente, in questa nostra proposta di traduzione stiamo volendo porre in evidenza gli esiti, gli effetti immediati di una condizione di sofferenza che sono quelli riferibili non alla ineffabile quanto escludente e disperata “*Malattia Mentale*” ma quelli della ottimistica e augurabile condizione umana del “*Disagio Relazionale*” anche se ben sappiamo che questi possono pervenire fino ad una vera e propria condizione di “*Grave Disturbo Relazionale*”.

Indifferenti alla “Malattia”

“Definirò normali noi e quelli che non si discostano per qualche caratteristica negativa dai comportamenti che, nel caso specifico, ci aspettiamo da loro [...] Per definizione, crediamo naturalmente che la persona con uno stigma non sia proprio umana [...] Mettiamo in piedi una teoria dello stigma, una ideologia atta a spiegare la sua inferiorità.”

[E. Goffman, 2003]

Se una negazione della “*malattia*” si verifica, nessuno meglio la realizza di chi, con cinica indifferenza, decide di ignorare i velenosi effetti stigmatizzanti dell'etichetta “*Malattia Mentale*” e della relativa diagnosi nosografica che sostanzia quel marchio.

Veramente fastidioso, e di nessun interesse sarebbe per noi la “*Malattia*”, la nostra stessa *malattia*, se non per il fatto che si

info@ilchiarodelbosco.org

<https://www.youtube.com/watch?v=psNsS4Q115M>

manifesta con produzione di *disagi* e *disturbi* che, nella logica dell'autoritario squartamento dell'unitarietà individuale, si manifestano sia a livello somatico che, mediati dal nostro corpo, anche a livello psichico e coinvolgenti prima di tutto ed essenzialmente le umane relazioni: perché ci può tenere a letto, perché porta dolore e sofferenze, perché ci impedisce di trascorrere serenamente le nostre giornate, perché ci reclude ed esclude, perché riduce le nostre abilità, perché pone in questione i nostri bisogni e le nostre abilità relazionali, nei confronti di noi stessi, nei confronti della Comunità e del mondo a noi circostante.

Se la “*malattia*”, in generale apportatrice di sofferenza, già produce in noi così tanti e tali *disagi* e *disturbi*, che motivo ha la diagnosi psichiatrica, che niente aggiunge in senso terapeutico, di andare ad incrementare col suo gravame stigmatizzante il già pesante fardello del *Disagio Relazionale*? Non posso dire di avere mai notato effetti terapeutici di una diagnosi psichiatrica la cui logica è lontana da quella di tutte le altre malattie su base patologica.

Tra “collusione” stigmatizzante e alleanza terapeutica

«L'oggetto, l'enunciato, non è necessariamente e in sé dotato di senso e soggetto di riferimento, bensì il soggetto è piuttosto “un posto determinato e vuoto che può essere effettivamente colmato da individui differenti”.»

(Foucault, 1971)

In relazione al substrato ideologico dell'Istituzione Psichiatrica, l'Infermiere che, in una *prospettiva trans-psichiatrica*, considera il peso integrativo degli effetti stigmatizzanti della diagnosi nosologica psichiatrica non è più un Infermiere che sta correttamente prestando assistenza ma un Infermiere, *colludente* e *collusivo*, accusato di “*collusione*” col Paziente da parte dello Psichiatra che gli chiede, come fosse obbligo dello stesso Infermiere, di essere complice e collusivo con lo Psichiatra quindi con l'Istituzione Psichiatrica. E non credo proprio si tratti di gelosia. Tutto qui? No. Quello è anche un Infermiere “*incompatibile*”. A più di quarant'anni dalla Legge “180”.

Sindrome dello stigmatizzato

“Lo stigma non riguarda tanto un insieme di individui concreti che si possono dividere in due gruppetti, lo stigmatizzato e il normale, quanto piuttosto un processo sociale a due, assai complesso, in cui ciascun individuo partecipa in ambedue i ruoli, almeno per quello che riguarda certe connessioni e durante certi periodi della vita. Il normale e lo stigmatizzato non sono persone, ma piuttosto prospettive”.

[E. Goffman, 2003]

All’Infermiere in *Salute Mentale* non è chiesto di ridursi a *mini Psichiatra* o di riproporre e ripercorrere pappagallescamente un discorso che, se vuole essere infermieristico, quando nella stessa logica dello Psichiatra e della Psichiatria non riesce ad essere né infermieristico né psichiatrico. Proprio perché già c’è il punto di vista psichiatrico, la *Salute Mentale* non ha bisogno di un Infermiere dimezzato e che può esistere solo ed esclusivamente nascosto ed imbrigliato sotto il camice dello Psichiatra. L’Utente ha già, sulla sua sofferenza, un punto di vista psichiatrico; ha estremo bisogno e necessità di un punto di vista assistenziale di natura infermieristica e, pertanto, di un *punto di vista trans-psichiatrico*. Per non dire che al professionista dell’aiuto che presta la propria professione negli ambiti della *Salute Mentale*, da Infermiere e non da Psichiatra, uno sguardo dal *punto di vista trans-psichiatrico* è richiesto proprio in quanto insito nella stessa professione dell’Infermiere che deve certamente lavorare ad una valutazione e ad una *diagnosi infermieristica*; certamente in relazione con la diagnosi psichiatrica ma considerando, prima di tutto, quanto questa produca in sofferenza integrativa per il processo di etichettamento messo in moto, storicamente, a partire dalla Nave dei folli fino all’attuale Istituzione della *Salute Mentale*. Lo Psichiatra indirizza la sua diagnosi all’Utente e non certo all’Infermiere per il quale la diagnosi psichiatrica, se pure indicativa, non necessariamente è determinante per la valutazione e la diagnosi infermieristica. Basti dire che l’Infermiere, al di là di una diagnosi psichiatrica di “*Malattia Mentale*”, prima di tutto si prende cura della persona sana, in salute, e prevede perfino una diagnosi di salute, una diagnosi di benessere al mantenimento della quale pone il suo obiettivo e la sua assistenza.

Il peso dello stigma dell'etichetta diagnostica, ignorato, manipolato o depistato dal colloquio psichiatrico, in quanto emanata la diagnosi psichiatrica quella è e quella rimane, al di là del veleno integrativo della stessa diagnosi, nel colloquio infermieristico lo ritroviamo, entrato a farne parte, quale dato anamnestico condizionante la stessa diagnosi infermieristica che, se si prende cura dei bisogni del Paziente, evidenzia che questi, come bisogno dei bisogni, ha proprio quello di non avere bisogno di un'etichetta stigmatizzante. Una volta emanata quella è e quella rimane, pur facendovi riferimento nonostante il senso dell'indefinito che questa ha nella comunità scientifica, l'Infermiere non ha bisogno di riconfermare, né potrebbe, la diagnosi medica ma ha bisogno di una sua valutazione a partire dalla ricerca di dati diversi da quelli a cui fa riferimento lo Psichiatra. L'Infermiere non pone diagnosi, come invece deve fare il Medico, alla ricerca dell'organo disfunzionale, della cellula danneggiata o dello squilibrio biochimico; la sua diagnosi riguarda i dati e i ritrovamenti psicologici, sociali, relazionali che richiedono un intervento di aiuto di tipo infermieristico. Riguarda l'individuazione di risposte non funzionali ad un problema di salute. La diagnosi infermieristica è un giudizio clinico sulle risposte dell'individuo, della sua famiglia o della comunità ai problemi di salute, ai processi della vita, reali o potenziali. [Cfr. NANDA]

A paragone, possiamo considerare il rapporto che c'è tra il Sismologo, scienziato specializzato in Geofisica che studia gli eventi sismici e la Protezione civile che si occupa della *Recovery* della popolazione, di *aspetti preventivi* e di *aspetti curativi* in seguito ad un evento traumatico. Se il Sismologo avesse le stesse competenze di un componente della Protezione Civile faremmo a meno di questa e lasceremmo tutto nelle mani del Sismologo. Non c'è motivo, né logico né funzionale, di un doppione. La valutazione conseguente dell'Infermiere non può che essere quella della diagnosi infermieristica di: *Compromessa funzione relazionale* o *Compromissione della funzione relazionale* da stigma da porre in relazione ai seguenti fattori: 1) – *Sindrome dello stigmatizzato*; 2) – *Diagnosi di "Malattia Mentale"*; 3) – *Etichettamento individualmente e socialmente condizionante* o *Condizionamento individuale e sociale da etichettamento*.

Diagnosi psichiatrica e violenza integrativa

“Ciò che aumenta lo stigma, è l’invisibilità della mente che soffre. Qualsiasi altra parte del corpo venga colpita dalla sofferenza offre spesso la visione concreta di ciò che accade e, di conseguenza, è più semplice capire, immedesimarsi, sostenere. La mente, invece, richiede fiducia. Una mente che soffre soffre due volte, per il dolore che l’affligge e per l’essere spesso non creduta, fraintesa, mal giudicata.”

[Roberta Necci - Istituto di Psicopatologia]

Allora con la nostra proposta, quel niente di nuovo che altro non fa che riprendere tematiche in vita già dal 1978, e che non vuole certamente essere una questione di traduzione, è di una *metodologia antiautoritaria* che vogliamo parlare; come dell’*affievolimento relazionale* del quale, a sua volta, ci interessa trattare, prima di tutto per la condizione di “*Disagio*”, di “*Disagio Relazionale*” che quell’etichettamento produce, integrativo della già pesante sofferenza, in cui siamo stati posti quando dallo Psichiatra prima e, a seguire, dalla Comunità tutta, ci siamo sentiti etichettati come “*malati*” e, peggio ancora come “*malati mentali*” per i quali non c’è niente da fare. Un modo solo diverso di pervenire alle stesse conclusioni Kraepeliniane relative alla “*Schizofrenia*”. Ne vogliamo parlare anche considerando la diagnosi infermieristica di *Compromessa abilità relazionale* definibile anche come *Sindrome dello stigmatizzato*.

Tra “collusione” e relazionalità empatica

«Lo stigma (che è “negli occhi di chi guarda”) verrebbe apposto anche dagli stessi operatori della *Salute Mentale* (come psichiatri, psicologi e infermieri), i primi cioè che dovrebbero essere consapevoli dei meccanismi profondi sottesi a questo tipo di processi, con alcune possibili conseguenze spiacevoli.»

[Raffaele Avico – Il foglio psichiatrico]

L’aver introdotto il concetto di “*Servizi della Salute Mentale*” nell’organizzazione della Psichiatria in sostituzione della definizione di *Manicomio*, di *Istituzione Psichiatrica*, di *Servizi Psichiatrici* o della *Psichiatria*, come l’aver sostituito da parte di tutti i DSM la terminologia “*Malattia Mentale*” con quella di “*Disturbo*”

Mentale”, a nulla è valso se in tanti casi e in tanti servizi tale sostituzione è divenuta discorso retoricamente manipolativo e di nessun senso d’autenticità.

Quale sarebbe il resto della *Salute Mentale*, quella corporea? Quella somatica? Quella muscolare, quella intestinale o quella emorroidale?

Sono espressioni di persone etichettate, stigmatizzate, per carità sempre da benefattori dell’Umanità, ma anche autostigmatizzantesi quelle che mi sento rivolte da più di trent’anni di professione dell’aiuto, da Infermiere, negli ambiti della *Salute Mentale*. Gente che, caduta nella rete psichiatrica, assieme al *Disagio Relazionale*, identificatisi con la diagnosi psichiatrica, si è ritrovata con un nuovo nome di battesimo espressione del fardello dello stigma per l’introiettato marchio della diversità, dell’anormalità, della follia. Da quel momento in poi ogni espressione, ogni azione, ogni tensione, ogni decisione, ogni segno sono stati letti e tradotti non più nel linguaggio dell’individualità ma nel vocabolario della follia.

“*Io sono.*”

“*Io sono schizofrenico.*”

È con tale concezione del proprio essere che la persona è presente, esiste al mondo identificandosi con la sua diagnosi come la chiocciola s’identifica nella conchiglia e guscio attraverso cui si presentifica prima ancora che si manifesti il corpo suo.

Avete sentito mai i commenti che seguono quando il paziente grida in faccia allo Psichiatra: “*io non sono malato!!!*” Emessa la diagnosi psichiatrica quella è ormai un grido senza suono. Una sentenza. Anzi, quando alla Deegan fu diagnosticata la “*Schizofrenia*” in faccia allo Psichiatra avrebbe voluto gridare: “*Ti stai sbagliando, mi riprendo la vita.*” Ma lo gridò solo all’interno del suo cuore e della sua mente; aveva capito il pericolo che avrebbe corso se gliel’avesse gridato veramente in faccia come in cuor suo avrebbe voluto.

A partire dalla proposta di Basaglia di *porre tra parentesi* la “*malattia*”, quindi la diagnosi, nonostante giornalmente nei nostri colloqui infermieristici ci venga esposto e reso manifesto il peso stigmatizzante della diagnosi di “*Malattia Mentale*”, sembra che ormai più volte la comunità scientifica, di fatto, abbia preso una distanza definitiva da quella proposta e sembra che quella distanza

sia stata giurata da tanta parte della Psichiatria. Anche di quella delle buone pratiche.

Niente di nuovo stiamo dicendo. Vogliamo solo prenderci la responsabilità di un pensiero escluso.

Vogliamo pensare allora che sia possibile mettere alla prova un modo di pensare ad un “*IMR = Illness Management and Recovery*” come una metodologia di “*Autogestione del Disagio Relazionale*”; disagio del quale abbiamo consapevolezza che, certamente, per la sua gravità e per le sue potenzialità e i suoi effetti invalidanti e preclusivi, può intensificarsi fino a spingerci in una condizione di vero e proprio “*Disturbo Relazionale*”. Vogliamo provare allora a creare quel terreno mentale predisposto ad accogliere l’*IMR* per tutte le potenzialità che promette ma capace anche di evitare di inquinare la sua proposta con una terminologia che ha ampiamente dimostrato, ad integrazione di una già complessa sofferenza, le sue qualità autoritarie e lontane da ogni senso terapeutico.

Nemmeno Kraepelin

«In tutto il mondo, le persone che attraversano l’esperienza di un disturbo mentale fanno fronte non solo a sintomi e disabilità, ma anche allo stigma, una sorta di “seconda malattia” che dura a lungo, spesso anche quando il disturbo mentale è ormai guarito. Imprevedibili, pericolose, affette da malattie inguaribili. Sono questi i luoghi comuni che rendono più difficile per le persone con problemi di *Salute Mentale* riprendersi ed essere accettate nei contesti lavorativi, affettivi e sociali.»

[Lorenza Magliano]

Kraepelin aveva avuto modo di osservare un andamento clinico che, con riferimento alla “*Schizofrenia*”, lo portava a concludere per un deterioramento psichico progressivo e irreversibile. La diagnosi psichiatrica, proprio in quanto etichettante, finisce per rischiare ma spesso anche per realmente realizzare quanto Kraepelin non aveva potuto diversamente concludere. Finisce per inverare quella conclusione.

Si evidenzia sempre più come manipolatoria l’affermazione che il Paziente si può curare, può accettare lo psicofarmaco, il trattamento psichiatrico non solo a condizione che accetti ma perfino che condivida la “*Malattia*”, quindi la diagnosi relativa...

[“Non ha coscienza di malattia”.
“Ha preso coscienza di malattia”.]

...in altre parole solo se accetta di essere stato rinchiuso in una etichetta psichiatrica che hanno chiamato “*Malattia Mentale*”, mentre non si cura e non concederà il consenso e non parteciperà alla *compliance* quando la sua non venga definita “*Malattia Mentale*” o se come tale non la vive. In tal modo volutamente ignorando di come quella presa di coscienza accettante sia in realtà un atto di resa all’autoritarismo della diagnosi psichiatrica. Non resa incondizionata, nonostante il primo effetto della diagnosi psichiatrica sia quello che nel pensarla, nel nominarla, nel pronunciarla, nel sentirsela addosso incrementa la sintomatologia che, sempre scientificamente, viene addebitata alla stessa “*malattia*”; è sempre possibile respingerla per impegnarsi nella risoluzione delle problematiche che sostanziano la condizione di *Disagio Relazionale*.

Anche se non ne conoscono l’origine, quanti sono quelli che non prendono un antipiretico quando la loro temperatura corporea abbia superato 38°C.?

Insopportabile! Non si può sentire!
Mi ha detto che i miei sogni si possono sempre realizzare.
Dopo che mi hanno fatto uscire pazza mi devo anche sentire dire che i
miei sogni si possono realizzare.
Un altro inganno ancora.

Lo Psichiatra, individuato come responsabile della diagnosi di “*Malattia Mentale*” è, in uno, ritenuto anche come responsabile del *Disagio Relazionale* di cui il Paziente viene privato per essere attribuito alla *patologia*. Come possono allora esserci sogni realizzabili per quella persona che, oltre a non essere riuscita a sfuggire a quella diagnosi non sia riuscita a non farla sua, uscita “*pazza*” da quella diagnosi?

La Deegan, che pur se non era riuscita ad evitare la diagnosi psichiatrica ebbe l’intelligenza e la padronanza di sé da respingerla al mittente, nemmeno per un attimo negò i suoi disturbi che le deformavano la percezione dell’ambiente circostante, accogliendoli e lottando per il loro superamento anche con il ricorso agli psicofarmaci.

Una diagnosi peggiore della diagnosi

“Quando il paziente è dichiarato “matto” e raccoglie su di sé lo stigma, diviene agli occhi del personale sanitario un soggetto da studiare, verso i quali sarà impossibile per lei/lui NON comunicare. Ovvero, ogni gesto/parola, verrà interpretato come manifestazione di una presenza o di una assenza di malattia, di fatto destituendo il paziente delle parti sane, per così dire normali, che lo renderebbero totalmente uguale a ogni altro essere umano al di fuori dei contesti di cura. Per questo è così importante che il paziente venga inserito e continui a frequentare dei luoghi normali, frequentati da tutti, come cinema e posti di lavoro, così da smontare il meccanismo ostracizzante connesso all’assegnazione dello stigma (cosa difficile nei circuiti, anche attuali, della psichiatria).”

[Raffaele Avico – Il foglio psichiatrico]

È cosa peggiore della stessa diagnosi, di scarsa speranza per la riuscita della cura, quando il Paziente mi dice *“Ho letto anche su Google quello che mi ha detto lo Psichiatra; che la mia Schizofrenia paranoidea è una cosa brutta e non c’è niente da fare. Mi volevo dare per morto”*.

Il rischio di riaversi dalla sofferenza

“I clinici e il personale sanitario nel suo complesso – come parte della società – non sono immuni allo stigma. I pochi studi centrati sullo stigma nei confronti delle persone con disturbi mentali gravi nei contesti sanitari riportano che i clinici hanno talvolta atteggiamenti negativi verso questi pazienti; che tendono ad associarne la sofferenza fisica alla presenza del disturbo mentale e che sottostimano la gravità dei sintomi fisici.”

[Lorenza Magliano]

Ma se tutti possiamo vivere una condizione di *Disagio Relazionale* significa che siamo tutti *“malati”*?

Non saremo tutti *“malati”* ma, prendendoci cura della persona e non della *“malattia”*, fino a conservarla nonostante la ferocia stigmatizzante della diagnosi, rischiamo non solo di meglio curarci ma anche, questa volta sì, di meno ammalarci come di meglio riaverci e riprendere da noi stessi la gestione della nostra stessa vita. Un rischio che vale veramente la pena di correre. Promuovendo e praticando l’indifferenza, comunque giustificata, nei confronti del carico stigmatizzante dell’etichetta psichiatrica non si sta

realizzando tanto la negazione della già ineffabile “*Malattia Mentale*” quanto la negazione della cura di quel complesso di segni e sintomi espressione di una condizione che sarebbe meglio ci abituassimo a definire come di *Disagio Relazionale* e non certo di una “*Malattia Mentale*”.

Accomunati non dall’etichetta ma...

“L’enfasi sul coinvolgimento di fattori biogenetici nella genesi dei disturbi mentali gravi a scapito della rilevanza data ai fattori psicosociali - una tendenza che rappresenta il più comune modello interpretativo delle malattie mentali tra i clinici - inoltre, sembra essere tra i motivi del pessimismo prognostico sulla schizofrenia e della convinzione sulla necessità di psicofarmaci per la vita per controllare sintomi comportamentali associati a una presunta pericolosità.”

[Lorenza Magliano]

Non saremo “*malati*” ma forse non saremo nemmeno in salute; vorremmo, molto più semplicemente, fare a meno della etichettante e stigmatizzante categoria della “*Malattia*” che, nella maggior parte dei casi rappresenta un danno, incurabile oltre che invalidante, che si aggiunge al già pesante *Disagio Relazionale*. Tutti *malati* non siamo ma tutti i “*malati*”, e comunque le persone non in Salute come da definizione OMS⁵, siamo tali in quanto l’essenza della nostra sofferenza si esprime attraverso una condizione di *Disagio Relazionale*, motivo per il quale quello che ci interessa fare emergere e considerare, dello stato della cosiddetta “*malattia*” o di assenza di “*salute*”, è in definitiva quella condizione...

... dall’essenza della sofferenza

“Negli ultimi decenni la stigmatizzazione e l’intolleranza verso le diversità sono diventate un fenomeno sempre più presente, in particolare proprio verso la diversità che può derivare da una malattia mentale. Da molte ricerche effettuate si è giunti alla conclusione che le persone che soffrono di un disturbo mentale devono già in partenza affrontare due problemi: la malattia in sé e lo stigma ad essa associato.”⁶ [Inf. Rosina

⁵) – L’OMS definisce “*Salute*” come “*Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità*”, definizione che risale al 1948.

⁶) - Tesi - *L’Infermiere e lo stigma che accompagna la malattia mentale*. Inf. Rosina Serratore.

Serratore]

...che ci accomuna come persone e cioè quella del *Disagio Relazionale* che in certe situazioni, qualche volta, se più affievolito, pur condizionando la nostra vita, non riusciamo, quando ne abbiamo bisogno, a definirlo “malattia”; tal altra, solo perché più intensificato, non possiamo fare a meno di vederlo imposto come “malattia” quando non ne avremmo proprio bisogno. Allora la differenza tra le persone consiste nella “malattia”? La differenza tra “normalità” e “anormalità”? Nulla di nuovo in quella lontana, vecchia, incancrenita malabitudine alle categorie dello stigma psichiatrico forgiate nella fucina manicomiale.

Abitanti del Pianeta e non etichetta per le Utilità

“Spesso, troppo spesso, chi si trova in questa condizione ha difficoltà a parlarne a tal punto che tale difficoltà aggrava la sofferenza e trattiene la persona dall’accedere alle offerte di aiuto disponibili. Vergogna e paura si sommano ai pregiudizi individuali e culturali verso la malattia mentale: così nasce e si mantiene lo stigma.”

[Lorenzo Burti, Ordinario di Psichiatria.]

Si fa sempre più ricca la letteratura relativa al potere stigmatizzante della diagnosi psichiatrica, fino al punto da rendere in *Salute Mentale* pratica autoritaria quell’azione che, in altri ambiti della Medicina, è parte integrante e unitaria dello stesso processo terapeutico.

Non ci sembra “*evidenza scientifica*” quella che si manifesta tutte le volte che il Paziente mostra imbarazzo e vergogna di essere non ciò che è per quello che può essere ma ciò a cui la diagnosi lo ha ridotto; che tutte le volte che sente lo sguardo degli altri su se stesso, quello non è uno sguardo benevolo ma un *occhio assassino*, giudicante, indagante, critico del suo corpo; mentre il suo non è più quello di una persona, tra le tante, ma quello del folle, dell’anormale, del toccato dalla diagnosi psichiatrica, dalla *Malattia Mentale*?

Non ci sembra “*evidenza scientifica*” quando il Paziente ci dice che quella che gli si rivolge come carezza da lui è sentita come

una coltellata? Quando ci sta dicendo che, con la diagnosi psichiatrica che ripropone il modello del suo trauma originario, lo stiamo accoltellando, e questa volta noi, una volta ancora? Ora come allora, sotto forma di una carezza manipolata come empatica, non si sta consumando una nuova violenza il cui modello è a fior di pelle per il paziente? Ormai, dopo anni di sofferenza, sono chiare le sue idee. E cosa sta facendo quella diagnosi psichiatrica se non riproporre una violenza diversa ma sempre simile a se stessa?

È facoltativo chiedersi allora, perché in ambienti, in servizi la cui funzione e missione è quella di produrre terapia e salute, a fianco delle buone pratiche possibili, si continua a ricorrere a pratiche che dimostrano di possedere tutt'altro che valore terapeutico?

La prima validazione della pratica terapeutica passa per il giudizio dell'Utente. Quando questo grida in qualche modo alla violenza delle nostre pratiche, se ancora non l'abbiamo fatto, è il momento di incominciare a porci qualche domanda. E non possiamo nemmeno dire che la diagnosi psichiatrica sia quel *farmaco* che può godere della polarità di effetti benefici al costo di quelli collaterali e viceversa. È una pratica a senso unico. Solo stigmatizzante e autoritaria.

Ci piace pensare, e qualche volta abbiamo amaramente constatato di avere perfino ragione, che sia più terapeutico sentirci non separati dalla "malattia" ma accomunati, persone tra le persone, dal rischio perfino più accettabile di una condizione di *Disagio Relazionale*, caratteristica degli abitanti del Pianeta come il colore nero è caratteristica della pelle dell'Africano, la cui cura, al di là della sua origine o del motivo che l'ha occasionato, qualche volta può richiedere tutte le buone pratiche proposte dall'*IMR*. È la messa alla prova di un punto di vista, di uno sguardo diverso sul *Disagio Relazionale* le cui evidenze ci sono tutte ed emergenti proprio quando l'Infermiere assiste la persona per la tipologia e la caratteristica dei suoi bisogni e non per la "Malattia".

Tra l'etichetta psichiatrica e il capo firmato

“Il problema dello stigma del resto non è per così dire un annesso della psichiatria, come delle volte par di capire, ma è strettamente cointessuto con una delle sue stesse radici e precisamente con l'immagine della follia che essa sceglie di volta in volta a fondamento e legittimazione del suo fare terapeutico. Lo stigma o, più esattamente, l'immagine del malato mentale che questa scelta produce, è appunto un risvolto della psichiatria.”

**[Luciano Del Pistoia
Psicopatologo e storico della psichiatria.]**

È la “*malattia*” che deve fare la differenza? Per niente consolatorio. Mentre mi piace pensare che più che a ciò che ci differenzia, rendendoci più consapevoli della comune appartenenza alla Comunità dell'Umanità, possiamo imparare a guardare a ciò che ci accomuna, e questa è la condizione di “*Disagio Relazionale*” che, più o meno affievolita, più o meno intensificata, può avere diverse motivazioni e diverse origini ma mette in evidenza la caratteristica più importante che è la vita come *flusso relazionale*; proprio quello espresso nella relazionalità quotidiana il cui affievolimento è ciò che ci pone in quella condizione di *Disagio Relazionale* che va preso in cura al di là della causa, del colore, dell'identità. L'etichetta della “*Malattia Mentale*” non è quella del capo d'abbigliamento di marca che distingue ma anche in senso valorizzante e non certo squalificante come fa la diagnosi psichiatrica. La prima cosa che la diagnosi dice al Paziente è che lui sia *folle* ed io, Infermiere, se quella diagnosi condivido, sia *normale*. Si è creato un abisso che mi separa dal Paziente. Posso mai pensare che un Paziente, per quanto folle ritenuto, possa mai voler condividere tale abisso? Forzata e manipolatoria differenziazione che, oltre ad essere arbitraria, mal si concilierebbe con la metodologia della *relazionalità empatica* scelta alla base dell'Assistenza Infermieristica in *Salute Mentale* mentre dimostrerebbe le sue caratteristiche autoritarie spostate dal *Manicomio* all'*Istituzione della Salute Mentale*. In tale separazione nessuna buona pratica assistenziale infermieristica sarebbe possibile.

Quella diagnosi che inibisce la relazionalità empatica

«“Stigma” è un termine utilizzato per descrivere due fenomeni: un pregiudizio o un sentimento di disapprovazione da parte della popolazione generale verso un gruppo, e il sentimento di vergogna corrispondente sollecitato in quel gruppo dal pregiudizio (Jones et Al, 2002). (...) Lo stigma viene dunque a definirsi come un gap fra l'identità sociale virtuale che un individuo dovrebbe avere, e l'identità sociale attuale: l'identità sociale virtuale non è nient'altro che una proiezione di stereotipi condivisi ma speculativi, che non hanno quindi un vero raffronto con la realtà sociale.»

[Martina Marini]

L'introduzione funzionale del concetto di *Disagio Relazionale* vuole favorire l'incontro, la reciprocità di una *relazionalità empatica* tra gli individui che, magari per origine ed espressione diversa, meglio vivono il sentirsi portatrici di un *Disagio* delle persone e non di una diagnosi psichiatrica di “*Malattia Mentale*”. Vuole permettere un incontro fondato su un'autentica *relazionalità empatica* possibile esclusivamente quando si prende atto che, più o meno intensificato, più o meno affievolito, il vissuto sia dei sintomi positivi che di quelli negativi è esperienza comune delle persone la cui soluzione non necessita l'obbligatorietà di una diagnosticata patologia psichiatrica.

Dallo stigma del marchio al disagio della vita

«Lo stigma è un importante fattore che ostacola il percorso di *Recovery* della persona, infatti le esperienze di discriminazione e gli stereotipi, con cui la persona bollata come “malato di mente” deve confrontarsi, molto spesso portano ad una diminuzione dell'autostima e dell'autoefficacia, impedendole di raggiungere importanti obiettivi come un impiego stabile e la vita autonoma nella propria casa.»

[Inf. Carlet Martina]

Tale cambio di punto di vista, in una *prospettiva trans-psichiatrica*, mira anche a permetterci di relazionarci non come “*sani*” e come “*malati*”, non come “*follì*” e come “*normali*”, non come suddivisi a seconda di una categoria diagnostica psichiatrica che ci è stata appioppata, etichetta autoritaria, ma come persone tra le persone in vita, all'interno di un *flusso relazionale* con momenti di regolare fluidità relazionale o con momenti che possono

essere di *affievolimento relazionale* espressione di una condizione di stabile, regolare, routinario, caratteristico “*Disagio Relazionale*”. Persone tra le persone senza categorie psichiatriche ma, prima di tutto, senza rischio di stigmatizzazione integrativa di una sofferenza dalla quale invece vorremmo tirarci fuori al più presto.

Persone e non categorie psichiatriche

“Lo stigma interiorizzato o self-stigma si ritrova a livello individuale, consiste nell’interiorizzazione da parte del soggetto malato degli stereotipi negativi riguardo le patologie psichiatriche condivisi dalla maggioranza della popolazione.”

[Inf. Carlet Martina]

Pertanto propongo che quel “*IMR = Illness Management and Recovery*” venga tradotto come “*Autogestione del Disagio Relazionale*” al fine di porre più agevolmente in atto quelle strategie che, tirandoci fuori da una male abitudine all’errore relazionale condizionato da una definizione nosografica, ci possono permettere di poterci incontrare immediatamente come persone tra le persone e non, come avviene giorno per giorno in *Salute Mentale* con l’idea, questa sì delirante, di ritenersi da parte di alcuni, persone sane, normali in rapporto con altre persone etichettate e stigmatizzate da una categoria diagnostica che le ha ridotte alla “*anormalità*”, più o meno esplicita, della “*Malattia Mentale*”.

Autogestione nell’emancipazione dalla sofferenza

«“Lo stigma sgretola la fiducia che i disturbi mentali siano condizioni sanitarie efficacemente trattabili. Questo porta le persone a evitare di socializzare, assumere o lavorare, affittare o vivere vicino a persone con disturbi mentali”. Inoltre, “lo stigma scoraggia il pubblico dal voler pagare per queste cure e, così, riduce l’accesso degli utenti alle risorse e alle opportunità di trattamento da parte dei servizi sociali. La conseguente incapacità a ottenere cure rinforza i modelli distruttivi di bassa autostima, isolamento e disperazione. Lo stigma depriva tragicamente le persone della loro dignità e interferisce con la loro piena partecipazione alla società.”»

[United States Surgeon General’s
Report on Mental Health – 1999]

Se ci piace pensare che la traduzione di “*Illness Management and Recovery*” come “*Autogestione del Disagio Relazionale*” derivi dalla necessità della stessa vita che, per essere tale, non può che esplicarsi come *Autogestione* di se stessa, è perché, attraverso il senso di quella traduzione, in questo momento vogliamo partecipare di una strategia di lotta allo Stigma che guarda all’origine del problema. Solamente in relazione alla loro marcata condizione di affievolimento relazionale, se l’aver definito una serie di problemi del disagio come “*Malattia Mentale*” è stato all’origine del secolare processo di stigmatizzazione, logica conseguenza vorrebbe che a quel “*Disagio*” come minimo si cambiasse nome, anche se certamente piena coscienza abbiamo che non si tratta solamente di un problema nominale.

Quindi *Autogestione* della vita, della propria vita. Nel nostro caso, nella nostra accezione, nella più ampia prospettiva di conservazione della salute e della conquista di una più ampia salute quando il flusso relazionale della vita si sia affievolito, si tratta sempre dell’*Autogestione* della vita ma con un *occhio diverso* alla prevenzione e alla lotta allo stigma nel momento in cui si evidenzia un affievolimento relazionale spintosi fino ad indicarci la presenza di una intensificata condizione di *Disagio Relazionale* da prendere in maggiore attenzione e cura e da non escludere, in un modo o nell’altro, dalla comunità attraverso la benevolenza manipolativa del pronunciamento di una diagnosi psichiatrica.

Un muro di silenzio

“L’infermiere in collaborazione con l’equipe curante è importante valutare e tratti lo stigma, viste le sue importanti ripercussioni sul processo di *Recovery* della persona. E’ dunque importante che l’infermiere conosca l’importanza del fenomeno e gli interventi attuabili per fronteggiarlo.”

[Carlet Martina]

D’altra parte è anche sempre più evidente che niente ci dice l’etichettante diagnosi psichiatrica se non di quella coltre di silenzio, sipario che cala tra persona e comunità, tra normalità e anormalità, quando in una categoria nosologica rinchiudiamo una umana condizione di *Disagio Relazionale* fino al punto da privare le persone di quelle parole e di quei contenuti che quel particolare

disagio non possono sostanziare se non dandogli proprio parole e contenuto.

Di.Re. e Gra.Di.Re. delle cure

«L'autostigma non è un percorso obbligatorio: il 'farsi' soggetto richiede la produzione di narrazioni in cui il soggetto riacquista di continuo il senso dell'azione.»

[Serrano M. - Fogli d'informazione 2007]

Prendiamoci il coraggio di parlare, di dire e di gradire delle cure se, dalla scelta di *un punto di vista trans-psichiatrico*, vogliamo incominciare a comprendere l'importanza di andare oltre, al di là della "*malattia*" e della utile etichettatura, qualsiasi essa sia, al fine di incontrare e comprendere empaticamente la persona da quella categoria schiacciata e per comprenderla da quella etichetta schiacciante. È una scelta di metodo quella tra l'etichetta e la comprensione del circolo vizioso stigmatizzante di persona sofferente e famiglia.

Nulla togliendo alla gravità e alla sofferenza espresse da una condizione di *Disagio Relazionale*, mentre un movimento di de-istituzionalizzazione aveva fatto di tutto per fronteggiare le problematiche del disagio escluso, con occhio diverso da quello a cui ci ha abituato l'Istituzione Psichiatrica, più o meno consapevole, più o meno in buona fede, un avverso movimento di re-istituzionalizzazione ha favorito e promosso l'antica logica psichiatrica oggi solo diversamente stigmatizzante anche lì dove la tecnologia informatica ha favorito il moltiplicarsi virtuale del *Salone delle feste della Real Casa Dei Matti* di manicomiale memoria.

Quando, onestamente e in un clima di *relazionalità empatica*, ci siamo disposti alla comprensione delle persone ma non abbiamo saputo fare a meno di imporgli un marchio nosografico, una diagnosi psichiatrica, abbiamo distrutto ogni potenzialità della comprensione nella *relazione empatica*. Forse un Utente, sempre ricattabile, posto nella condizione di dovere pure elemosinare giorno per giorno perfino quella stessa carezza che tassativamente gli arriva come una coltellata, non ce lo dirà mai esplicitamente che ha chiara consapevolezza della nostra ipocrisia, perché ha anche chiara coscienza del processo manipolativo in atto in quello

che è invece dichiarato un processo terapeutico e d'aiuto. Questi sono i Pazienti che stanno meglio nonostante i terapeuti.

Ogni sforzo di ritrovare le parole dove le abbiamo seppel-
lite, fuoco sotto la cenere, sotto un'etichetta stigmatizzante, pratica
d'annichilimento sotto una sostanza psicoattiva che non sarà mai
capace di fare il mestiere suo, è solo pratica retorica e manipola-
tiva; cosa diversa della cura dei bisogni espressi con l'intensifi-
carsi di segni e di sintomi che non sono quelli della diagnosticata
“*Malattia*” ma quelli del comune, consueto e banale *Disagio Re-*
lazionale per di più caricato di una diagnosi psichiatrica.

Che poi l'intensificarsi di tale Disagio possa essere severo e
gravoso fino a manifestarsi come condizione di *Grave Disturbo*
Relazionale è un altro paio di maniche che, oltre a non spostare di
una virgola la problematica, con il carico integrativo dell'etichetta
diagnostica può solo incrementare la sua austerità.

Il processo di stigmatizzazione non dipende certamente in
modo deterministico dalla pronunciata diagnosi psichiatrica, es-
sendo fenomeno certamente complesso dai tristi connotati storico
e culturali, ma nell'avvio del processo la funzione della diagnosi
psichiatrica, come la stessa frequenza dell'Istituzione Psichiatrica
e dei suoi ambiti, è prioritariamente quella dell'investitura della
“*follia*”. Non è per caso che, chi economicamente se lo può per-
mettere, si rivolga allo Psichiatra privato nel tentativo del Paziente
e della sua famiglia di proteggersi da occhi indiscreti e di scansare,
per il possibile, il processo di stigmatizzazione sociale. Come l'in-
vestitura in nome di Dio ha creato Re e Imperatore, così l'investi-
tura diagnostica, in nome della Psichiatria, crea il “*malato men-*
tale”.

Per questo vogliamo avere allora il coraggio di Di.Re. [*Di-*
sagio Relazionale] oltre che del Gra.Di.Re. [*Grave Disturbo Re-*
lazionale] se dalla marchiatura vogliamo passare alla comprensione
dei bisogni e alla ricerca di strategie di risoluzione finalmente ri-
spettose della dignità della persona sofferente come della nostra
stessa dignità di professionisti dell'aiuto. Che poi tale assunzione
di responsabilità da parte dell'Infermiere possa spingere il
“*gruppo*” psichiatrico a muoversi da branco e non certo da Comu-
nità o da Équipe fa parte della stessa logica stigmatizzante di cui
la *Salute Mentale* non si è saputa liberare.

Indipendentemente.



Per l'Infermiere che lavora in Salute Mentale, Empowerment e Recovery rimangono espressioni retoriche se non inserite in una cornice di lotta allo stigma. Retorica è l'emancipazione dalla sofferenza quando la Diagnosi psichiatrica è innesco di un processo di stigmatizzazione. La Diagnosi infermieristica non riesce a fare a meno di rintracciare segni e sintomi di una Sindrome dello stigmatizzato. È importante allora valutare una condizione di Disagio Relazionale (Di.Re.) o quella di Grave Disturbo Relazionale (Gra.Di.Re.) da un punto di vista infermieristico. Un punto di vista trans-psichiatrico al di là della "Malattia Mentale".