SINDROME DELLO STIGMATIZZATO

Un punto di vista trans-psichiatrico al di là del carattere dominante della "Malattia Mentale".

«***"In me l'anima c'era della meretrice***
della santa della sanguinaria e dell'ipocrita.
Molti diedero al mio modo di vivere un nome
e fui soltanto una isterica"
(Alda Merini, da La gazza ladra – venti ritratti).»

Dovremmo tremare!

Se i dati anamnestici che provano a raccontare senza riuscirci del vissuto di una condizione di stigmatizzazione, dopo un superficiale processo di lavaggio manipolativo della coscienza, vengono ignorati, segretati, esclusi e perfino negati, significa non solo che siamo diventati insensibili ad una condizione di sofferenza peggiore e più gravosa della stessa "*malattia*" ma significa pure che siamo silenziosamente consenzienti alle violente grida senza suono dello stigma, complici dello stigmatizzante, collusi con una pratica manicomiale che si conserva nell'*Istituzione della Salute Mentale*. Significa che abbiamo raggiunto l'ottundimento di ogni sentimento di pietà, l'intorpidimento di ogni sentimento della relazionalità empatica indispensabile anche per chi ha deciso di relazionarsi, al fine dell'emancipazione dalla sofferenza, con

persone portatrici di una non più funzionale condizione di *Disagio Relazionale*.

Di fronte al corpo di una persona narrante in mille lingue e mille pose lo stigma subìto nell'impossibilità di proteggersi e di venirne fuori dovremmo tremare.

Non ci sono parole, che io vorrei trovare, sufficienti e capaci di esprimere in una descrizione lo stato d'animo e il vissuto e il sentimento, del tutto individuali e personali, del corpo di una persona stigmatizzata.

Se ci troviamo nelle condizioni di non sapere e non poter e non volere tremare, senza mezzi termini, significa che lo stigma non è più esterno a noi ma che noi stessi siamo stigmatizzanti e stigmatizzati, che quello stigma ci appartiene e che, se follia c'è, i veri folli, bisognosi di terapia, siamo noi.

"*Isterica*"[1]. Cosa mai sarà? Cosa mai significherà quella parola, quel temine, quel vocabolo? Che cos'è una "*Isterica*"? Niente; meno di niente, se non inserito nella logica dell'*Istituzione Psichiatrica* che gli ha dato forma e contenuto definitorio di "*malata mentale*". Nulla. Se, inserito in quella logica, prima di essere "*Isterica*" non fosse stata "*Isteria*" quindi "*Malattia Mentale*". Niente; se prima di arrivare come "*Isterica*" non fosse arrivata come "*Malattia Mentale*".

Niente e nulla sarebbe qualsiasi diagnosi psichiatrica, espressa secondo categorie nosografiche, se quella categoria, prima che come diagnosi, non fosse arrivata come "*Malattia Mentale*", come "*follia*" motivo per il quale, al di là del fatto che, proprio con tanta buona volontà, poi si possa voler *spiegare la diagnosi*, questa, con tutta la benevolenza del mondo, rimane un'etichetta diagnostica stigmatizzante. Niente se quella diagnosi non arrivasse come una pioggia di follia che inzuppa a fradiciume le carni del demonizzato fin nelle loro più intime e recondite cripte dell'animo. Niente, se non rimandasse, non per vie traverse ma dirette, a quel "*follis*", a quel mantice riempito d'aria, al vuoto, al vento; se non rimandasse a quel *delirare* proveniente e, a sua volta, richiamante

---

[1]) - Cesare Mozzarellie Laura Civinini, *Le malattie mentali e lo stigma sociale nella storia antica, moderna e contemporanea*. In: "*Salute mentale e stigma sociale" Percorsi interdisciplinari per il superamento del pregiudizio. Atti del Convegno, Roma, 5 maggio 2004* – Ministero della Salute. [http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_449_allegato.pdf]

l'immagine dell'uscire dal *retto solco*, attraverso l'uscire del *de lirare* del *de lirante*.

La diagnosi s'è già fatta etichettante prima ancora d'essere spiegata, motivo per cui quella spiegazione ridiventa ancora quella "*carezza*" che arriva come una coltellata; sensazione e conclusione, a sua volta, riciclate tra i sintomi della stessa "*patologia*".

Si ritiene che lo Psichiatra che non emana, anzi che non *restituisca*, la diagnosi sia fatto più stigmatizzante della stessa etichetta diagnostica. Veramente intrigante è sia l'idea che l'azione del "*restituire*" al Paziente la diagnosi psichiatrica.

«Se ti spiego la diagnosi non è più un'etichetta.»[2]

Veramente interessante. Maffei, per esempio, fa così dipendere lo stigma non più dall'etichetta diagnostica quanto dal fatto che l'etichetta non venga spiegata; meglio ancora dal fatto che la diagnosi psichiatrica non sia spiegata, quindi *restituita*, da parte dello Psichiatra. Ecco il meccanismo, o trovata la strategia: una volta spiegata, la diagnosi non è più un'etichetta né è etichettante, quindi non più stigmatizzante. L'avessimo saputo prima, sarebbe stata interessante strategia a condizione che la plasmazione della fucina psichiatrica non arrivasse sempre prima, in anticipo sulla buona volontà dello Psichiatra. Pone, tra diagnosi ed etichetta, un tentativo di spiegazione anti-stigma dove *la spiegazione*, per affinità elettiva, si legherebbe alla diagnosi allontanando, scansando da questa l'etichetta. Come se quel tentativo avesse lo stesso significato per lo Psichiatra che lo fornisce come per il Paziente che lo riceve dalla spiegazione dello Psichiatra. Come se si trattasse di due cose diverse, la diagnosi e l'etichetta. Maffei separa due concetti da sempre talmente e inestricabilmente interconnessi da costituire il fenomeno, conosciuto come unico e unitario, dell'*etichetta diagnostica* e non certo della

---

[2]) - Cesare Maffei – *Diagnosi e ricerca i talloni d'Achille dei terapeuti italiani. Quattro chiacchiere con Cesare Maffei*. – 06 Nov. 2018 – Intervista di Federica Carbone -

[https://emergenzaborderline.it/diagnosi-e-ricerca-i-talloni-dachille-dei-terapeuti-italiani-quattro-chiacchiere-con-cesare-maffei/]

diagnosi che diventerà etichettante solo se non spiegata mentre sarà anti-stigma se spiegata, anzi, *restituita*.

In Psichiatria, fino a questo momento, anche volendo considerare solamente l'aspetto funzionale della cosa e non certo il Potere che la determina, l'etichetta per la diagnosi psichiatrica è stata ed è l'unica qualità che la rappresenta, senza la quale la stessa diagnosi non avrebbe motivo di esistere. Che poi la diagnosi di "*Schizofrenia*" sia valido requisito, oltre che condizione indispensabile, per accedere all'umiliante obolo della pensione è solo conferma di quanto andiamo sostenendo.

Chissà se non sia più terapeutico che la spiegazione si dipani non su una già emanata diagnosi psichiatrica, ormai storicamente caratterizzata, quanto sul fenomeno in cui siamo coinvolti e sulle relative dinamiche relazionali in corso. In considerazione di tale ipotesi, l'Infermiere, non vincolato certamente alla diagnosi psichiatrica, pone una riflessione su quanto l'azione dell'etichetta diagnostica si ritrovi come ostacolo anche nel processo assistenziale infermieristico.

La diagnosi psichiatrica, espressa in una categoria diagnostica nosologica e nosografica non è stata criticata come etichettante solo in quanto, o solo perché, non spiegata, oltre che, fino ad ora, non spiegabile in senso patologico in relazione alla cause, alle origini e alla natura della malattia, ma in quanto quella diagnosi, prim'ancora d'essere etichetta nosografica è etichetta di "*Malattia Mentale*" e, in quanto marchio, forgiato propriamente nelle officine dell'Istituzione Psichiatrica e della Psichiatria, s'è caricato di tali e tanti connotati negativi del cui peso non è riuscito a liberarsi fino a questo momento. Nemmeno il Paziente oltre che il Medico.

D'altra parte, se la diagnosi psichiatrica vuole essere prima di tutto una diagnosi medica, la spiegazione della diagnosi non dovrebbe essere, prima di tutto, una spiegazione di natura patologica della "*malattia*"? È questa la spiegazione della diagnosi di cui parla Maffei? L'unico che se ce l'ha la può dare, è di tipo patologico la spiegazione che lo Psichiatra da della diagnosi di "*Malattia Mentale*"?

Fosse pure una spiegazione neuropatologica, la sua co-

strizione in una categoria diagnostica, storicamente e culturalmente stigmatizzante, oltre a niente aggiungere alla comprensione del fenomeno, inserendosi irreparabilmente in un modello già incancrenito e fortemente condizionante, se non determinante, di "*Malattia Mentale*", riproporrebbe non una soluzione di continuità col vecchio processo della stigmatizzazione da porre in relazione con la diagnosi psichiatrica, quanto un'integrazione in quel modello. La modalità esplicativa, sempre e comunque necessaria nella sua destinazione antistigmatizzante oltre che terapeutica, non va comunque a cambiare l'etichetta diagnostica ma sembra perseguire il tentativo di meglio spiegare la diagnosi affinché meglio si possa sopportare se non accettare l'etichetta diagnostica e il vissuto dello stigma. Senza bisogno di investire alcuna tensione ideologica, dove la spiegazione della diagnosi si dimostrasse preventiva della stigmatizzazione pur confermante una diagnosi psichiatrica saremmo veramente felici.

È come se tutti gli eventi, tutte le azioni, tutti i fenomeni, tutta la storia dell'Istituzione Psichiatrica avessero organizzato in una sequenza di *basi* la scrittura di un loro DNA, replicantesi, a seconda delle necessità, e costituente il vocabolario attraverso il quale riusciamo a replicare oltre che a tradurre il significato di quello che ci succede al di là dei tentativi di manipolazione odierni. All'interno di quello che, per analogia, potremmo pensare come un DNA culturale, la categoria nosografica, non generale, ma specifica, psichiatrica, perviene come quella sequenza di basi autonoma solo relativamente in quanto inserita in un più ampio tratto cromosomico, costituito dalla "*Malattia Mentale*" che le tiene assieme, le contiene, in un legame forte rappresentandone cornice di lettura. Anche quando ognuna delle basi ha un suo carattere, la sua espressione somatica, il suo messaggio essenziale, quello che comunica il carattere dominante, non è quello caratteristico della specificità della base, della categoria nosografica psichiatrica, ma quello della determinante cromosomica espressa dalla "*Malattia Mentale*".

Per cui l'idea che ne possiamo trarre è del tipo: c'è una piattaforma principale, un *cromosoma*, la "*Malattia Men-*

tale", in cui si possono trovare legate una o più altre basi categoriali riguardanti la nosografia psichiatrica. Ogni base nosografica, che di per sé potrebbe avere un qualsiasi particolare suo significato, governata e preceduta della condizionante base o piattaforma che ne consente la lettura come "*Malattia Mentale*", viene, a sua volta, condizionata fino a funzionare secondo la predominanza del *senso dell'etichettatura*. La base nosografica, prima di tutto, mantiene le caratteristiche della "*Malattia Mentale*", della "*follia*", che ne affievolisce, qualche volta anche eccessivamente, le specificità nosografiche. Allora la "*Isterica*", prima che persona affetta da *Isteria*, se non è venerata come santa, è diagnosticata per "*malata mentale*"; solo dopo, forse, sarà pure "*Isterica*". Quando diagnosticata dalla Psichiatria.

Lo stesso processo diagnostico etichettante per "*Malattia Mentale*" Ernesto de Martino aveva tentato quando con *La terra del rimorso* aveva provato a richiamare le attenzioni della Neuropsichiatria sul fenomeno storico del Tarantolismo nella prospettiva di una diagnosi psichiatrica del fenomeno. Tutti quelli che fino a quel momento erano stati punti dalla Tarantola con la nuova diagnosi di "*Malattia Mentale*" avrebbero dovuto, da quel momento in poi, considerarsi e ritenersi invece punti dalla Neuropsichiatria e, meglio ancora, dalla "*Malattia Mentale*".

Non si può parlare di corda nella casa dell'impiccato. Non tanto per una fregola ideologica, perché una volta etichettata come "*malata mentale*", entrata nella categoria della "*Malattia Mentale*", la persona è, in automatico, stata assunta nella categoria degli "*stigmatizzati*", quanto per un vissuto che trova occasione nei rapporti sociali, a partire da quelli istituzionali, già predeterminati all'esclusione, alla squalifica, alla nullificazione di chi ha subito un'investitura di "*malato mentale*". Il processo non è facoltativo né procrastinabile; motivo per cui stiamo qua volendo riflettere sulla possibilità di una variazione in un nodo essenziale, se non unicamente determinante sicuramente fortemente condizionante tutto il processo di stigmatizzazione, qual è la diagnosi psichiatrica, quant'anche spiegata.

Nella Real Casa dei Matti di Palermo, il portare in

scena i detenuti a vita sul palcoscenico del *Salone delle feste* tutto poteva essere tranne che iniziativa anti-stigma. Anche quella era, con modalità del tempo, un modo per spiegare la diagnosi sia ai Pazienti che al pubblico plaudente con soddisfazione per una *patologia* tenuta al sicuro ma osservabile nelle sue curiosità da dietro le sbarre dello zoo.

Chi sono gli stigmatizzanti?

Valicata la soglia dell'officina della Psichiatria, punta dalla diagnosi psichiatrica, non è più possibile con spirito preventivo da parte dello stigmatizzante, parlare alla persona stigmatizzata di "*stigma*" e di "*stigmatizzazione*". L'operatore della Salute Mentale, al di là della diretta responsabilità nella diagnosi psichiatrica, rappresentando agli occhi della persona sofferente *l'Istituzione Psichiatrica* da cui lo stigma si origina, è pertanto non meno responsabile di chi quella diagnosi ha posto per prima. Ogni parola in merito, preghiera del fabbro e discolpa per un colpo di maglio di cui non si sente responsabile, tant'è che, una volta individuata e osservata, *restituisce* la diagnosi al suo legittimo proprietario, sarebbe un'ipocrisia dalla sofferenza integrativa.

Non processo d'altri tempi ma di sanguigna attualità, più o meno spiacevole a dirsi, è proprio all'ingresso della bottega del fabbro, nella sua fucina che viene apposto il marchio dei marchi, quello della *perdita della ragione*, quello della definitiva *separazione della mente dal corpo* verso un indefinibile ma indelebile nonché ineffabile *altrove* dove mai più sarà ritrovata.

Ormai hanno perso l'abitudine. Non ci sono più abituati; stanno cercando di riprendersi dallo stigma di "*Anti-Psichiatria*" che anche su di loro si era abbattuto con la stessa violenza con cui l'etichetta diagnostica si abbatte sui "*malati mentali*"; con la stessa e costante violenza lungo tutto il processo di attraversamento dalla Psichiatria all'Anti-Psichiatria alla Non-Psichiatria.

L'appellativo di "*anti-psichiatrico*" ha sullo Psichiatra la stessa forza devastante che la diagnosi psichiatrica ha sulla persona che vive una certa condizione di *Disagio Relazionale*. Pertanto non era possibile uno Psichiatra ritenuto Anti-Psichiatra in un processo anche di autostigmatizzazione e in

una istituzione che non ha mai smesso di essere psichiatrica. Una contraddizione. Non era più possibile un Medico, Psichiatra, che per istituzione deve fare diagnosi di malattia, secondo patologia, e che, se non altro, desse l'impressione di stare negando, nello stesso tempo, quella stessa patologia che aveva riconosciuto diagnosticandola anche quando, in verità, e non solo lui, non avesse la pur minima idea di che cosa e in che cosa quella patologia fosse consistente. Una casa di tolleranza non più tollerante né tollerabile.

Ma la stanchezza e il disamoramento della critica antiistituzionale della logica autoritaria dell'Istituzione Psichiatrica ha rappresentato anche l'affievolimento della sensibilità nei confronti della prevenzione e della lotta contro lo stigma che si evidenzia, ancora oggi, per la sua relazione, non solo ma prioritariamente, con l'attribuzione di una diagnosi psichiatrica. Lo Psichiatra è un Medico e, in quanto tale, fa diagnosi; a lui è chiesto di fare diagnosi psichiatrica secondo una istituita nosografia psichiatrica e questo fa. Punto. Lo stigma? Chi ce l'ha se lo tenga e se lo pianga. Al di là di ogni considerazione e di ogni santa e buona volontà, questo è un dato di fatto che non può che tradurre in retorica manipolatoria ogni discorso sullo stigma che non ponga ad inequivocabile critica il processo diagnostico psichiatrico in Salute Mentale.

Oggi l'Infermiere, proprio perché la sua si è sviluppata ed è divenuta una professione autonoma dallo Psichiatra e, non più ausiliaria, si è emancipata dalla subalternità al Medico della Psichiatria, è più in grado di accorgersi dei danni dello stigma legato all'etichetta psichiatrica. Fino al punto che è proprio dalla diagnostica non funzionale risposta del Paziente al processo di stigmatizzazione che l'Infermiere rileva e acquisisce i dati anamnestici per una diagnosi infermieristica di *Sindrome dello stigmatizzato*.

Tale acquisizione ormai è niente di nuovo per l'Infermiere. Lo sappiamo, lo viviamo tutti i giorni assieme e a fianco delle persone che a noi si affidano per problematiche assistenziali del *Disagio Relazionale*. Per noi Infermieri della Salute Mentale è veramente troppo deludente, oltre che ulteriormente problematico, quando il Paziente ci presenta il pro-

blema, 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 identificabile 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 verifichiamo, 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 Psichiatra 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, maggiormente e prima di tutto, 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 infemieristici si mette in evidenza una radicata e mal funzionante risposta alla sofferenza da stigma 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. Per non dire della complicità e della collusione con lo stigmatizzante nel processo di stigmatizzazione. 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. Sulla nuova Salute Mentale col vecchio stigma di sempre.

Allora ci vogliamo porre da un punto di vista trans-psichiatrico, che non è una questione di traduzione, e ci chiediamo se l'Infermiere in Salute Mentale è obbligato a partecipare dello stigma di una diagnosi psichiatrica o deve ignorarlo e manipolarlo quando questo si presentasse in tutta la sua evidenza di dato anamnestico. Al di là dell'etichetta psichiatrica, l'Infermiere è e vuole rimanere responsabile dell'Assistenza Infermieristica della persona portatrice di un *Di.Re.* o di un *Gra.Di.Re*. Per questo motivo accogliere da parte dell'Infermiere la metodologia assistenziale che fa propria l'Autogestione del *Disagio Relazionale*, proposta anche dalle strategie della *Recovery* e dell'*Empowerment*, è possibile solo a condizione che si voglia prendere atto del fatto che

i dati di un processo di stigmatizzazione non possono non costituire l'anamnesi a fondamento della diagnosi infermieristica di *Sindrome da stigma*. A condizione che si voglia prendere atto dell'investitura di "*Malato Mentale*" di cui stiamo allora parlando e a cui ogni giorno assistiamo.

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*. Ci piace allora valutare quella condizione che ritengo più appropriato comprendere e accogliere, anche provvisoriamente, come di *Disagio Relazionale* (*Di.Re.*) e 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*".

Gaetano Bonanno

[**contraria-mente@libero.it**]

Edizione delle inutilità
Palermo
Dic. 2020

A copyright