

## Diagnosis, diagnosing, and diagnostic culture

*Anna Di Ninni\**, *Fiammetta Giovagnoli\*\**

### Abstract

The medicalization of social problems produces significant effects on the possibility of intervention. However, its success has not led to meaningful progress, even though critical perspectives on medicalization date back to at least the mid-20th century and are still present today. This paper introduces the topic by addressing some of these perspectives. To advocate for problem-centered intervention, in this article, we aim to clarify and distinguish what is often confused in interventions carried out by psychologists, psychotherapists, and other professionals, not only in healthcare settings but also in families, schools, and other social structures. Diagnosis is defined and described as a technical act in medicine, highlighting differences in psychiatry. The act of diagnosing is then analyzed as an organizer of the relationship between the involved social actors, traditionally the patient and the physician, paying attention to differences stemming from the variety of contexts in which it occurs. Finally, we focus on diagnostic culture, referring to the extension beyond healthcare settings of a relational phenomenon that permeates everyday life and influences social coexistence regulation, an extension commonly referred to as the medicalization of social problems.

*Keywords:* medical diagnosis; psychiatric diagnosis; diagnostic relationship; medicalization of social problems.

---

\* Psychiatrist, Psychotherapist, Teacher of the Specialization Course in Psychoanalytic Psychotherapy - Clinical Psychological Intervention and Analysis of Demand; Editor of *Quaderni di Psicologia Clinica*. Email: [annadininni51@gmail.com](mailto:annadininni51@gmail.com)

\*\* Psychologist, Psychotherapist, Specialist in clinical psychology; Teacher of the specialization course in psychoanalytic psychotherapy - Clinical Psychological Intervention and Demand Analysis; Editor of *Quaderni di Psicologia Clinica*. Email: [flammettagiovagnoli@gmail.com](mailto:flammettagiovagnoli@gmail.com)

Di Ninni, A., & Giovagnoli, F. (2024). Diagnosi, diagnosticare e cultura diagnostica [Diagnosis, diagnosing, and diagnostic culture]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 12(2), 30-41. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

## Diagnosi, diagnosticare e cultura diagnostica

*Anna Di Ninni\**, *Fiammetta Giovagnoli\*\**

### *Abstract*

La medicalizzazione dei problemi sociali produce effetti rilevanti sulla possibilità di intervenire. Ugualmente il suo successo non trova significativi arresti, anche se le posizioni critiche sulla medicalizzazione datano almeno dalla metà del Novecento, e sono tuttora presenti. Introduciamo il presente lavoro richiamandone alcune. Per sostenere l'intervento centrato sui problemi, in questo articolo ci proponiamo di precisare e distinguere ciò che viene spesso confuso entro gli interventi che psicologi, psicoterapeuti e altri operatori realizzano, non solo in contesti sanitari ma anche nelle famiglie, nella scuola, e in altre strutture sociali. Si definisce e descrive la diagnosi come atto tecnico in medicina, evidenziandone le differenze in psichiatria. Si affronta successivamente l'atto del diagnosticare come organizzatore della relazione fra gli attori sociali coinvolti, tradizionalmente paziente e medico, ponendo attenzione alle differenze comportate dalla varietà dei contesti in cui avviene. Infine ci soffermiamo sulla cultura diagnostica, intendendo con ciò l'estensione fuori dal contesto sanitario di un fenomeno relazionale che pervade la quotidianità e interviene nella regolazione della convivenza, estensione comunemente indicata come sanitarizzazione dei problemi sociali.

*Parole chiave:* diagnosi medica; diagnosi psichiatrica; relazione diagnostica; medicalizzazione dei problemi sociali.

---

\* Psichiatra, Psicoterapeuta, docente del Corso di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda; editor di Quaderni di Psicologia Clinica. E-mail: [annadininni51@gmail.com](mailto:annadininni51@gmail.com)

\*\* Psicologa, psicoterapeuta, specialista in psicologia clinica; docente del Corso di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda; editor di Quaderni di Psicologia Clinica. E-mail: [fiammettagiovagnoli@gmail.com](mailto:fiammettagiovagnoli@gmail.com)

Di Ninni, A., & Giovagnoli, F. (2024). Diagnosi, diagnosticare e cultura diagnostica [Diagnosis, diagnosing, and diagnostic culture]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 12(2), 30-41. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

### **Premessa: Medicalizzare problemi di convivenza**

Diversi ambiti dell'esperienza umana vengono interpretati alla luce del paradigma medico. Negli anni la prospettiva medica si è imposta quale criterio più rilevante per definire cosa è normale e cosa non lo è non solo nell'ambito biomedico ma anche in quello sociale. In tal senso si parla di medicalizzazione, di sanitarizzazione dei problemi che concernono le relazioni sociali (Conrad, 2007; Conrad & Schneider, 1992; Furedi, 2008, Nye, 2003; Rose, 2009, Szasz 2007).

Per comprendere le ragioni dell'affermazione del paradigma medico un primo aiuto ci deriva dagli studi di Talcott Parsons (1951/1965, 1987/1937) sul ruolo di malato (*sick role*). L'Autore afferma che il soggetto a cui è stato attribuito lo status di malato è esonerato dall'obbligo di comportarsi secondo le aspettative sociali. Chi è malato non è responsabile della propria condizione di malattia in quanto la causa risiede nei meccanismi biologici sui quali il soggetto non ha il controllo. La medicalizzazione, eliminando o limitando la responsabilità dell'individuo, limita il senso di colpa del malato e dei suoi familiari, contrasta la stigmatizzazione.

Questa limitazione della responsabilità non è però senza costi. Il malato ha l'obbligo di considerare la propria condizione come indesiderabile, ed è meritevole di aiuto solo se è disposto ad accettare la diagnosi di malattia posta dal medico e a seguire la terapia indicata. La medicalizzazione dunque crea un forte vincolo relazionale, sociale. In tale senso, secondo alcuni autori, la medicina diviene la maggiore istituzione di controllo sociale, un controllo che si è disposti ad accettare sia perché si percepisce come non punitivo (Zola, 1972), sia perché si ritiene che il giudizio della medicina sia oggettivo, moralmente neutrale (Conrad e Schneider, 1992, Lupton 2012).

Ma la medicina e le sue pratiche sono tutt'altro che neutre quanto piuttosto il prodotto di specifici processi culturali e sociali storicamente e politicamente situati. Attraverso la medicalizzazione vengono resi individuali problemi di natura sociale, mentre si rinuncia a proporre interpretazioni di natura sociologica, antropologica, storica, limitando così la comprensione dei problemi e la possibilità di intervenire.

Vorremmo recuperare queste cornici di senso e chiederci come si è sviluppata questa diffusione del modello medico nell'affrontare problemi di natura non sanitaria, come si è sviluppata la cultura diagnostica nella quale ci sentiamo immersi.

Non siamo gli unici a porci questa domanda. Storici, antropologi, sociologi e ovviamente psicologi, medici, psichiatri, psicoanalisti ma anche filosofi, epistemologi giuristi e infine economisti... a tutti sembrerebbe essere chiaro che il "discorso medico" ha pervaso da decenni la nostra cultura. Ci troviamo confrontati con la questione della sanitarizzazione, medicalizzazione, patologizzazione delle relazioni sociali, insieme con la denuncia della perdita della soggettività insita nel sapere medico.

Per introdurci vorremmo soffermarci su alcune letture critiche della cultura medica e dunque diagnostica, a nostro modo di vedere significative, proposte da autori e in contesti disciplinari diversi, già diversi decenni fa, che ci aiutano a collocarci in un percorso critico che ci precede e da cui abbiamo preso spunto.

In campo psicoanalitico la "medicalizzazione della vita psichica" è questione aperta da sempre e continua a essere attuale. Alcuni richiami potranno aiutarci a porci domande utili.

Dobbiamo risalire agli anni Sessanta e Settanta per trovare alcune posizioni radicalmente "contro", non tanto l'imperialismo, ma la natura stessa del "discorso medico" (così lo denomina l'Autore) per come è emerso nella storia dell'Occidente. Ci riferiamo a Jean Clavreul (1978/1981) e al suo libro "*Il rovescio della psicoanalisi*". Per questo Autore l'ideologia che emerge nella medicina pone tutti noi in una "posizione divisa". "Da un lato perché non chiediamo che di assoggettarci ad essa qualora se ne presenti la necessità [...] dall'altro perché non possiamo accettare, senza ribellarci, l'ideologia che essa propugna sfacciatamente per potersi perpetuare, ideologia che si confonde largamente con l'ideologia dominante [...]. Il medico (o il capo) sa meglio di te ciò che è necessario per il tuo Bene. La tua libertà si esplica semplicemente nella scelta del Padrone" (p. 10).

È chiaro in questa pur breve citazione che la critica sferrata alla medicina e all'imperialismo del suo episteme fondamentale (l'uomo naturale oggetto della sua conoscenza) risente della critica marxista al potere dominante fondato sul capitale e mette in guardia la psicoanalisi dal consegnarsi alla medicina, come ne fosse una branca: piuttosto, come recita il titolo, potrebbe esserne il rovescio. Medicina e psicoanalisi si oppongono, si contrastano, si escludono vicendevolmente se chiamate a intervenire da una stessa domanda. Nei decenni passati questo dibattito non solo non si è spento, ma si è fatto semmai più aspro con l'espandersi delle conoscenze e tecnologie mediche e con l'avvento delle neuroscienze.

Fra le opere consacrate alla medicina, citiamo due autori divenuti punti di riferimento qualora si esplori la pratica e la metodologia medica, i quali, affrontandone la storia e l'epistemologia, hanno saputo anticipare problemi tuttora attuali. Ci riferiamo innanzitutto a M. Foucault (1963/1969) che nel suo libro "*Nascita della*

*Clinica*” illustra come l’epistemologia della clinica medica affondi le sue radici nell’anatomia patologica del XIX secolo: avremo modo di commentare più avanti la portata di questa tesi. Il secondo è G. Canguilhem (1966/1998) che ne *“Il Normale e il Patologico”*, esaminando a fondo questi due concetti della contemporaneità e le loro ricadute nella dinamica sociale, mostra come la medicina abbia avuto un ruolo guida nell’opera di normalizzazione in Occidente. Per le ricadute cliniche e di intervento dell’opera di G. Canguilhem, ricordiamo il chiarificatore lavoro di Renzo Carli (2019). Ci preme sottolineare che Foucault e Canguilhem evidenziano, pur da campi di indagine molto diversi, il rapporto fra sapere e potere nell’espandersi della pratica sanitaria e soprattutto pongono l’accento sulla concezione dell’uomo malato che man mano prende forma nella modernità.

Abbiamo fin qui ricordato posizioni critiche, in alcuni casi militanti, contro la medicina e il potere sanitario. Sono posizioni che ci può interessare studiare ulteriormente.

Richiamiamo ora il contributo, per certi versi fondativo, della analisi della relazione sociale promosso dalla psicosociologia degli anni Settanta, in particolare dell’attività dello Studio di Analisi Psicosociologica (APS) di Milano e Roma. Ci riferiamo al contributo nell’ambito sociosanitario di Renzo Carli e Franca Olivetti Manoukian, tramite interventi ad alcuni dei quali una di noi ha partecipato, per citare solo i professionisti a noi più cari fra molti altri. Erano gli anni segnati dalla dinamica del conflitto sociale e le domande di intervento e di “cura” delle relazioni sociali provenivano da organizzazioni e istituzioni in crisi (aziende, scuole, ospedali). In quegli anni, a sollecitare gli interventi degli psicosociologi era l’interesse a costruire modelli in grado di conoscere la dinamica sociale non immediatamente declinati in azioni militanti. La fiducia che la conoscenza avesse la capacità di incidere politicamente sulle relazioni sociali ha sostenuto in quegli anni gli interventi e anche la formazione psicosociologica (Carli, 1976; Manoukian, 1988).

Sottolineiamo la pertinenza della psicosociologia relativamente al nostro discorso. La ricerca e lo studio delle dinamiche sociali, sostenuti dai modelli emergenti nelle discipline psicosociologiche, si opponevano attraverso l’intervento di analisi, all’azione militante entro il conflitto, che riduceva a conflitti di potere i problemi sociali. Si è trattato di un intervento di analisi delle “alterazioni sociali” che ha contribuito allo sviluppo di modelli di intervento non fondati sulla metafora sanitarizzata del conflitto.

Anche qui ci potrebbe interessare studiare la ricchezza di ipotesi interpretative emerse all’interno dell’analisi psicosociologica in relazione a quanto vogliamo indagare. La criticità della medicalizzazione dei problemi di convivenza è rilevante in particolare per le professioni che rispondono a domande relative a crisi, appunto, della convivenza. Perché a partire da ciò poniamo particolare attenzione alla diagnosi? Pensiamo che fra tutti, l’atto medico che meglio ci fa esplorare il processo di medicalizzazione è appunto l’atto del diagnosticare. Utilizziamo perciò la diagnosi come il miglior indicatore possibile per la comprensione della cultura della medicalizzazione o diagnostica, interessandoci principalmente al diagnosticare come evento sociale, relazionale. Pensiamo utile recuperare i criteri che fondano l’atto diagnostico, la relazione che istituisce. Di seguito definiremo e descriveremo la diagnosi come atto tecnico in medicina, evidenziandone le differenze in psichiatria. Affronteremo successivamente l’atto del diagnosticare come organizzatore della relazione fra gli attori sociali coinvolti, tradizionalmente paziente e medico, ponendo attenzione ad alcune differenze comportate dalla varietà dei contesti in cui avviene.

Infine ci porremo alcune questioni riassumibili nell’interrogarci sulla “cultura diagnostica”: come attrezzarci a fare ipotesi di analisi e intervento sulla medicalizzazione se non vogliamo ricondurne il successo esclusivamente ad atti di potere?

## ***Diagnosi***

La diagnosi può essere pensata come atto tecnico. La prima considerazione da fare in merito è che non è comprensibile, indagabile, se non in relazione a una nosografia. Torneremo su questo vertice di comprensione più volte, in questo discorso. La seconda considerazione è un’avvertenza: ci soffermeremo sulla diagnosi medica, sul modello di diagnosi detto “forte” in medicina, dal quale escludiamo la psichiatria, di cui invece parleremo dopo. Questa considerazione è molto importante. Dovremmo escludere anche molte aree della medicina che non vorrebbero o dovrebbero riconoscersi nella forma della diagnosi medica che chiamiamo “forte”, come la geriatria, l’ostetricia, le molte patologie dette croniche, ma su questo non torneremo.

Cos’è la diagnosi? Un particolare modo di conoscere. Un sapere organizzato in una nosografia, una classificazione diagnostica. Le classificazioni sono stazioni epistemologiche, che parlano della cultura del tempo in cui vengono concepite. Quindi ci interessa conoscere la logica classificatoria sulla base della quale

si emettono diagnosi. Quando diagnosticliamo non facciamo scienza, non produciamo scoperte, magari ne creiamo le premesse, ma soprattutto “riconosciamo” qualcosa sulla base di un sapere classificato. La diagnosi non è un atto, di per sé, di progressione del sapere medico. Le incoerenze, i confondimenti, le inapproprietezze diagnostiche, in medicina costituiscono le premesse per una ricerca e una nuova conoscenza che non si svolgono nel corso dell’atto diagnostico, che pure nel suo procedere cerca, ma cerca per discriminare. Qualcuno dice: diagnosi è sempre e solo diagnosi differenziale. Ovvero riconosce e discrimina, ma all’interno della nosografia.

Si chiarisce dunque che le classificazioni mediche hanno due funzioni: tassonomica e diagnostica. Nella loro funzione tassonomica consistono nella demarcazione, definizione e messa a punto delle categorie che saranno impiegate per la diagnosi. Nella attività diagnostica si estrinseca l’intervento medico, ben prima che nell’azione terapeutica. In questo senso classificare consiste nel fornire regole per l’identificazione di uno specifico disturbo in una determinata persona, rendendo possibile la selezione di una o più categorie relative alla persona considerata.

Nella medicina cosa contengono queste classificazioni? Contengono malattie. La diagnosi è il riconoscimento, attraverso una classificazione, di una malattia. Riconosciamo malattie, non demoni, non colpe. Nemmeno persone. Malattie. Non diamo troppo per scontata la consapevolezza dei limiti entro i quali si declina l’atto diagnostico. Qui giova ricordare che l’atto diagnostico non coincide con l’atto medico che per la varietà dei contesti e dunque degli scopi è composto di molti altri elementi. Per ora restiamo sulla diagnosi e sulle relative classificazioni.

Favarelli nel suo libro di psicofarmacologia per gli psicologi (2010), afferma che mentre modelli e concetti di classificazione hanno subito ben identificabili cambiamenti storici e scientifici, gli aspetti semantici della malattia si mantengono molto più stabili nel tempo. Ciò vuol dire che la malattia, così come ce la rappresentiamo, è intrisa di una dimensione culturale non certo modificabile con un cambiamento nella nomenclatura. Questa lentezza dei processi culturali vale per tutti, medici compresi. Questo avvertimento ci sembra fondamentale: i cambiamenti nelle classificazioni procedono con tempi che non corrispondono assolutamente a come pazienti e medici percepiscono le parole con cui vengono presentate le malattie.

Seguiamo per un po’ l’evoluzione della medicina, e come trasforma la semantica della malattia.

Foucault (1963/1969) ci illustra che la clinica medica deve il suo sviluppo a quello delle scienze della natura, e all’assunzione del corpo come oggetto naturale. Sottolinea il debito della medicina moderna alla anatomia patologica e a come questo “sguardo” ne abbia riorganizzato la conoscenza. I primi grandi sistemi diagnostici sono fondati sull’osservazione anatomopatologica, sulla progressiva organizzazione del corpo umano in apparati e, a scendere, in organi, tessuti. In un percorso che man mano, partendo dalla sala settoria, ambiente teatrale di svelamento della naturalità dell’uomo, include nel suo armamentario le nuove scoperte della fisica e della chimica (pensiamo all’ottica, al microscopio, all’analisi chimica dei liquidi corporei). La medicina, come la conosciamo, affonda le sue radici in questa osservazione del cadavere, il luogo precipuo dove la malattia vittoriosa mostra la sua natura. Partecipando dello sforzo di conoscenza dell’uomo naturale, caratteristico dell’epoca, la medicina si candida a far parte della scienza moderna, partecipa alla desacralizzazione del corpo e del suo nemico, la malattia non crede alla soprannaturalità del nemico. (Corbellini, 2014). Siamo sul finire del Seicento. Nel frattempo – si pensi alle epidemie di peste e colera del periodo – si mantiene, insieme al processo che stiamo delineando, il significato punitivo che accompagnava le epidemie stesse. Stiamo sottolineando quanto il processo culturale di medicalizzazione della malattia sia entrato in collisione, tra l’altro, con la cultura religiosa.

A cosa deve il suo successo la medicina del XIX secolo? All’epoca del primato della conoscenza medica fondata sull’anatomia patologica, si era affermato il concetto di unità morbosa, che in pieno positivismo trova il suo sviluppo nel modello forte di malattia che si declina così: una causa rilevabile (ad esempio il germe), produce effetti rilevabili sull’organismo (lesioni), che producono a loro volta alterazioni nel funzionamento psico-somatico (sintomi e segni) e un andamento caratteristico nel tempo (decorso). La malattia infettiva si presenta come un prototipo: non solo permette per la prima volta di legare la rilevazione di costellazioni di segni e sintomi ricorrenti a un validatore esterno, ma, ancor prima delle possibilità terapeutiche, fissa nella diagnosi la centralità dell’atto medico. Che ci sia o no la terapia, questo è il modello forte di malattia. Eziopatogenesi, semeiotica, diagnosi, prognosi (terapia) sono concatenate in una sequenza causale tanto entusiasmante da rivelarsi spesso ideale.

La comparsa, molto tempo dopo, di terapie efficaci ha completato il successo del modello forte di malattia.

Il posto della diagnosi, entro il riconoscimento di una patologia inscritta in un catalogo di malattie eziopatologicamente note e prevedibili nel loro decorso, è diventato quello della conoscenza attribuita alle

scienze positive, essa stessa dotata di potere, quello dell'uomo sulla natura, sulla sofferenza, sull'allontanamento della morte. Ma quel che più importa, è che questo primato dell'unità morbosa organizza in una gerarchia, in un sistema di causalità lineare, tutti i segni della malattia. Per esempio, la lesione gastrica anatomopatologicamente rilevata è responsabile dei segni fisici (ematemesi, dimagrimento), a loro volta responsabili di quelli psichici (dolore, astenia, apatia), a loro volta responsabili della disfunzionalità sociale. Insomma, la medicina, entro il XIX secolo, ha scelto il suo campo di applicazione prevalentemente nel sistema biologico, aspirando a un suo statuto all'interno delle scienze naturali, e promuovendo una gerarchizzazione successiva dei sintomi e dei segni, che fa seguire al primato della lesione biologica, effetti prima psichici e successivamente sociali.

### ***La diagnosi in psichiatria***

Proponiamo ora una incursione nella diagnosi psichiatrica, che, come detto, richiede un discorso a parte. Questo non poter essere scontatamente inclusa nel novero della diagnosi medica che ne fa un "caso", un evento critico per tutta la medicina, un sintomo per tutta l'azione psichiatrica.

Torniamo per un attimo alla medicina. Occupandoci di diagnosi e delle sue classificazioni, non abbiamo potuto non occuparci di come intendiamo la malattia. Abbiamo fatto una semplificazione del complesso problema di come si intenda la malattia in medicina; abbiamo però detto che la medicina ha scelto come suo fondamento quel riduzionismo biologico dal quale ha tratto, almeno in un certo periodo storico, e ancora trae, il suo successo inteso come intervento utile per l'uomo.

Attualmente la nosografia medica si presenta estremamente disomogenea e ispirata a criteri eclettici: pertanto alcune malattie sono classificate secondo un criterio di tipo sintomatologico sindromico (come nel caso di larga parte dei disturbi psichiatrici), altre sono denominate e classificate a livello morfologico (ad esempio: infarto del miocardio, peritonite), altre rappresentano entità classificate a livello di una accertata disfunzione biochimica (ad esempio: celiachia), altre ancora costituiscono anomalie funzionali e sono classificate come tali (ad esempio: fibrillazione atriale), infine, alcune prendono il proprio nome e la propria valenza classificatoria dal nome dell'agente microbico coinvolto (ad esempio: amebiasi). Da ciò discende che, essendo le malattie, negli attuali sistemi nosografici, definite secondo criteri di tipo differente, esse non possono essere ordinate gerarchicamente, per esempio se alcune sono causa o effetto di altre. Vedremo che in psichiatria il problema della classificazione si porrà nella maniera più estrema, ben oltre l'ecletticità di quella medica.

La psichiatria, nella sua breve vita, si confronta con il percorso della medicina alla quale aspira ad appartenere, ma anche se ne distanzia. Il costrutto di malattia, così come si è sviluppato nella medicina, non è assolutamente trasportabile in psichiatria. Innanzitutto, ricordiamo che i progressi della conoscenza biologica in psichiatria hanno inizialmente sottratto quote di pazienti alle cure degli alienisti. Ogni volta che una causa biologica ha reso ragione di un quadro sindromico individuato dalla psichiatria, questo stesso disturbo, ormai malattia, è andato a far parte delle discipline mediche più attinenti. È il caso della sindrome paranoidea con paralisi progressiva dovuta alla infezione da spirocheta (la sifilide), o quello delle gravi alterazioni mentali dei naviganti, poi riconosciute come malattie carenziali da deficit di vitamina C (scorbuto), come pure quello delle demenze della mezza età, dovute a degenerazioni cerebrali passate alla neurologia. Potremmo citare molti altri casi.

La ricerca dell'unità morbosa, come in medicina, è rimasta delusa sia agli esordi della psichiatria, sia recentemente. Negli ultimi decenni, lo studio del genoma umano ha offerto una speranza al riduzionismo biologico, ma la dimostrata presenza di una "ereditabilità", come è stata definita, legata a un certo tasso di concordanza dei disturbi nelle famiglie, non significa al momento più che una "componente" nella cosiddetta plurifattorialità dei disturbi. Non esistono dunque classificazioni fondate su cause biologiche dei disturbi psichiatrici.

Seguiamo altre tracce della storia diagnostica in psichiatria. Dalla fine dell'Ottocento, e per tutta la prima metà del Novecento, il tentativo di dare un costrutto, una teoria della mente alla nascente psichiatria, e una classificazione alle cosiddette malattie mentali, ha prodotto una ricca serie di proposte classificatorie, alcune delle quali tuttora studiate, perché ricche di concettualizzazioni interessanti. A parte Freud – che pure condivide l'epoca di lavoro con questi altri – Kraepelin, Bleuler, Jaspers, Ey, hanno proposto classificazioni, ovvero hanno cominciato a differenziare nella vasta popolazione di internati loro affidati. Sono gli anni della costituzione del sapere psicopatologico. Sì, perché la follia, nella sua lunga storia (Foucault 1961/1963), ha ricevuto il suo statuto di malattia, appunto, attraverso il fenomeno dell'internamento, che l'ha resa "visibile"

alla medicina degli alienisti. Classificazioni fondate su criteri descrittivi (Kraepelin) o di tipo psicopatologico (Jaspers), sono state rimaneggiate molte volte, arricchite, suddivise, raggruppate, esprimendo scuole e orientamenti variegati<sup>1</sup>.

Cosa rimane di tutto questo nella diagnostica contemporanea? Potremmo dire niente. Anzi, l'uscita e la diffusione planetaria del DSM, manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, ora V-TR (APA, 2013/2014) ha portato a vedervi una sorta di "pensiero unico", che rischia di cancellare la diversità di approcci al disagio mentale, che certamente continua a essere uno dei più misteriosi e spesso dolorosi eventi umani.

Qualche parola dunque sul DSM, perché se "impararlo a memoria" è impossibile, capirne il senso è indispensabile. La diagnosi del DSM è di tipo categoriale politetico. La semplificazione descrittiva delle categorie, l'assenza di gerarchie fra i diversi criteri richiesti per l'inclusione o l'esclusione dalle categorie, la nota presenza di frequenti comorbilità, la presenza di affidabilità senza alcuna dimostrata validità, l'incremento stesso delle categorie diagnostiche arrivate nel DSM-IV TR a quasi 500, l'impossibilità di trovare qualunque validatore esterno che faccia uscire dal rischio di tautologia molte delle sue categorie, prima fra tutte la schizofrenia, e infine l'assenza di sostanziali progressi nella conoscenza dei disturbi mentali, nonostante, o forse a causa del planetario uso di questo sistema diagnostico, insomma tutte queste e anche molte altre considerazioni critiche, impongono di cambiare strada (Frances, 2013/2013). Da molti anni il NIMH (National Institute of Mental Health) è impegnato nella costruzione di una nuova tassonomia dei disturbi mentali, i Research Domain Criteria (RDoC), basata sulla valutazione e messa in relazione di variabili neurobiologiche, genetiche e comportamentali ([www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)). Già avviata da alcuni anni, questa costruzione diagnostica fondata sui "domini" è ancora molto lontana dalla sua realizzazione. Ma intanto la "dittatura" del DSM lascia i suoi segni. La psichiatria, già debole quanto a costrutti epistemologici, ne esce ulteriormente impoverita<sup>2</sup>.

Il colloquio che era psichiatrico – pensiamo a come lo presentava Jaspers nella sua patologia generale – se orientato precisamente alla diagnosi del DSM, diventa un interrogatorio, accompagnato da *rating scales* e questionari. È importante sottolineare che nella realtà della clinica psichiatrica ciò che effettivamente si verifica è una eterogeneità di pratiche che, se da un lato dipende in modo anche interessante dalla molteplicità di contesti in cui si pratica la psichiatria ormai non manicomiale, dall'altra trova spiegazione nella confusione dei metodi utilizzati.

Già sulla via dell'insuccesso della validazione biologica del suo statuto medico, negli anni Cinquanta la psichiatria è stata salvata dagli psicofarmaci. La diagnostica descrittiva e categoriale e la ricerca sugli psicofarmaci sono cresciute di pari passo. Ma la via di entrambe non ha portato nella direzione auspicata, e il salvataggio vero e proprio non si è compiuto: singole classi di farmaci non si sono rivelate efficaci per le singole categorie diagnostiche, mentre, incuranti della classificazione, questi stessi farmaci hanno continuato a produrre efficaci riduzioni di sintomi transdiagnostici, ovvero presenti in diverse categorie diagnostiche; pur senza omogeneità e piena corrispondenza diagnostica, la clinica farmacologica è andata avanti e ha indubbiamente trasformato l'andamento delle patologie mentali, la prognosi e con essa la vita delle persone. Per concludere il commento sul manuale DSM, ricordiamo nuovamente la posizione di Frances (2013/2013), uno degli psichiatri coinvolti prima nel complesso lavoro organizzativo di confronti che ha preceduto il DSM IV e V e poi nella sua stesura. In una sorta di *mea culpa* Frances sottolinea come i DSM abbiano favorito una ben documentata inflazione diagnostica erodendo il campo della normalità a dispetto del rigore e delle buone intenzioni dei suoi estensori, con effetti sociali a dir poco problematici.

Ma l'autocritica accorata del dottor Frances non ci pare del tutto appropriata: ben più complesse dinamiche collusive sono alla base del forsennato diagnosticare all'interno della scuola, ad esempio. Resta la messa in evidenza di un intervento culturale della psichiatria sul rapporto fra il normale e il patologico che ne ha mutato la dinamica.

La crisi della psichiatria è profonda. Studiare il percorso che l'ha prodotta è importante. Non conosciamo nessun giovane psichiatra che, uscito dalla scuola di specializzazione, non viva anche il profondo sentimento di disorientamento dovuto a questa situazione della disciplina, all'esigenza di ripensarne i fondamenti epistemologici e, con questi, il radicamento nella diagnostica medica. I contesti della salute mentale nel loro

---

<sup>1</sup> Ogni manuale di psichiatria contiene nella sua introduzione elementi della storia della psichiatria e anche della storia della diagnostica, fra questi Reda (1982) e Cassano et al. (1992). A proposito della storia della psichiatria si veda Ellemberger (1970/1996).

<sup>2</sup> Molto è stato scritto sul DSM, vogliamo ricordare il numero della rivista "aut aut" dedicato alla diagnosi in psichiatria, il numero 357 del 2013 a cura di Mario Colucci.

insieme sono segnati da questa crisi. Per intervenire in questi contesti o per accompagnare qualcuno a inserirvisi è indispensabile studiarne la storia e conoscerne l'attualità culturale, oggi segnata dall'anomia. Ma torneremo su questo più avanti. Riportando la nostra attenzione sulla diagnosi in psichiatria, può sembrare, dopo trent'anni di DSM, che si sia quasi smarrita la ricerca del patologico e del terapeutico nella pratica psichiatrica, ma non pensiamo sia così. Piuttosto, se pure la diagnostica "descrittiva" ha frammentato e reso generica la già debole nosografia psichiatrica, ciò che è rilevante, e rimane nella sua pratica, è il passaggio da un paradigma psicopatologico a uno più schiettamente biomedico.

### **Diagnosticare**

Ora guardiamo la diagnosi sotto il profilo dell'evento sociale che si realizza per il suo compimento.

La malattia come evento morboso colpisce l'individuo, uno o tanti che siano. Individuo deriva dal latino *individuus*, e prima dal greco *a-tomos*, che non si può dividere, tagliare. Questo termine trova un suo forte ancoraggio proprio in biologia: singolo ente in quanto distinto da altri della stessa specie (...) che non può essere suddiviso senza che perda le sue caratteristiche strutturali e acquisisce il suo significato specifico in diversi ambiti disciplinari (statistico, giuridico, filosofico...) (www.treccani.it).

In medicina la malattia come evento morboso colpisce l'individuo. Ma possiamo anche dire che l'evento diagnostico partecipa alla costruzione dell'individuo moderno, rendendolo l'unità in grado di rappresentare il campo fondamentale della conoscenza medica. L'uomo, ovvero il suo corpo, sono allo stesso modo e allo stesso momento oggetti dell'indagine che porta alla individuazione della malattia.

Molte metafore dell'esame diagnostico richiamano metodi polizieschi, atti a estrarre informazioni riottose. Il colloquio vede il medico impegnato a far emergere, attraverso appropriate domande, ciò che è interessante per lui, per il suo schema diagnostico, per arrivare a prescrivere, attraverso la diagnosi precisa, una terapia specifica. Puntiamo l'attenzione su questa essenziale funzione delle interrogazioni del medico al paziente nel corso della diagnosi: ogni informazione, dalla più semplice alla più imbarazzante in possesso del paziente, ovvero della sua funzione di coscienza, deve essere richiesta, senza incertezze, se indispensabile all'indagine diagnostica. Segni e sintomi sono i cardini del riconoscimento diagnostico. L'esame obiettivo, non a caso chiamato così, corregge i possibili errori dei soggetti (medico e paziente) implicati. Da qui il primato di tutte le tecniche "osservative," fino alle moderne strumentazioni tecnologicamente avanzate.

Il corollario di tutto ciò è lo scandirsi, nel momento diagnostico, di una relazione senza soggetti. Il medico, alla ricerca della sua obiettività senza implicazione (l'ideale imperturbabilità del medico), si rivolge a un malato di cui non riconosce, nell'indagine diagnostica, lo statuto di soggetto: i prodotti della coscienza, i dolori, le sensazioni, i sentimenti, sono sintomi o segni che prenderanno senso nella diagnosi e non altro.

L'evento sociale che si realizza nella diagnosi si dispiega evidentemente anche al di fuori dall'incontro col medico. Il ruolo di paziente prende forma non solo nella medicina, ma anche e soprattutto nella società. Abbiamo visto in premessa di questo lavoro come Parsons (1951/1965), negli anni Cinquanta in America – e la cui attualità non smette di stupirci – definisce il ruolo di malato. Torniamoci: il *sick role* è fortemente coerente con un modello di malattia, di diagnostica, di guarigione come lo abbiamo sin qui delineato; è il ruolo dell'uomo ammalato individualmente di una acuta malattia reversibile. Il sociologo ci indica dunque i comportamenti attesi dal malato e da quanti sono in relazione con lui. Il malato è irresponsabile nel contrarre la malattia ma non irresponsabile nei suoi comportamenti successivi, ovvero la ricerca e la pratica della cura come indicata dalla componente sociale a tale cura preposta, i medici e le istituzioni sanitarie. Impegnarsi nella guarigione e nel ritorno alle responsabilità sociali sono i comportamenti attesi, anzi dovuti. Partecipare alla relazione diagnostica, come suol dirsi sottoporsi alle indagini prescritte e successivamente alle cure, sono le nuove responsabilità, i doveri dell'uomo malato liberato dalla colpa della malattia. Non c'è traccia in Parsons del complesso processo che porta un uomo primariamente e in qualche modo sofferente, ad attribuirsi la posizione di malato, come invece troviamo in Canguilhem nel suo già ricordato lavoro (1966/1998). Ordinariamente si attribuisce all'esistenza della malattia una evidenza a prescindere dalla persona che se ne riconosce portatrice. È proprio a partire da questa scontatezza che si aprono i nostri più utili interrogativi.

La relazione medico-paziente, come unità psicosociale fondamentale di tutta la relazione medica, è stata per noi un campo di studio fondamentale. Renzo Carli ci ha dato grandi insegnamenti in merito (Carli 2008, 2016a, 2016b, 2020), lo studio di questo rapporto è centrale nello sviluppo della teoria della tecnica dell'Analisi della domanda. È a partire dal riconoscimento delle simbolizzazioni emozionali che la fondano e la sostengono che prende vita e comprensibilità la relazione diagnostica. Tutta la domanda sanitaria riconosce nell'unità

relazionale medico-paziente, impegnata nel discernimento e nella lotta alla malattia, il suo organizzatore primario. Diagnosticare ne è l'atto rappresentativo maggiore. L'ancoraggio alle discipline biologiche e all'indagine sociologica di cui abbiamo parlato ci aiutano ad aprire il campo. Ma è alla *psicoanalisi*, a cominciare da Jaques, Bion, Fornari, Carli e al contributo della psicosociologia che dobbiamo la ricerca delle simbolizzazioni emozionali che troviamo nelle relazioni sanitarizzate. Di questo certo non possiamo fare una tassonomia, non c'è modo di diagnosticare le relazioni emozionate ovvero di classificarle: possiamo studiarle, pensarle e riconoscerle negli interventi.

Quanto detto intorno alla medicina, alla diagnosi come atto tecnico, alla centralità che prende la relazione medico-paziente ci conduce a fermare l'attenzione sulla simbolizzazione emozionale della malattia come altro da sé nemico; da qui l'alleanza fra il medico e il sé sano proprio del malato che forzatamente ospita tale nemico. La comune ricerca del nemico stringe nell'accordo medico e paziente e connota tutto l'assetto sanitario. Ricordiamolo: anche efficacemente in alcune e non tutte le aree della medicina, ma certamente producendo insuccessi nella relazione medico-paziente e nelle cure quando pervade, ad esempio, l'assistenza alle malattie croniche o alla condizione della vecchiaia, e massimamente nell'area della malattia mentale. È questa simbolizzazione emozionale collusiva che troviamo istituita e agita nella relazione che chiamiamo sanitarizzata, ovvero quando, anche in assenza di quella coerenza con l'evento malattia e il relativo atto diagnostico proprio del modello forte di medicina che abbiamo esplicitato in precedenza, prende il posto della conoscenza e dell'intervento in situazioni di sofferenza o crisi che richiedono di essere esplorate e comprese. Ci torneremo.

Quante domande a sanitari o psicologi sono ricerca non tanto di una cura, quanto piuttosto di questo tipo di relazione, di una alleanza che rintracci il nemico da aggredire? Quanti problemi e sofferenze che non trovano relazioni efficaci che le trasformino, approdano alla sanitarizzazione, parafrasando Ornella Vanoni al grido di "proviamo anche con la malattia, non si sa mai"? E al contrario, quanti rifiuti di possibili competenti diagnosi, e quindi di efficaci interventi medici, sono espressione dell'intollerabilità, ovvero della impensabilità di ciò che l'assetto collusivo impone nella relazione di malattia?

Queste domande aprono a interrogarci sulla cultura diagnostica: un costrutto che finalmente ci permette di chiederci che posto occupi la ricerca o il rifiuto della relazione diagnosticante quando ci troviamo chiamati da un problema, sofferenza o crisi.

### ***Cultura diagnostica***

Scrivono Renzo Carli e Rosa Maria Paniccia: "Nella teoria della collusione da noi proposta anni fa, le culture sono peculiari sistemi di simbolizzazione collusiva, emozionalmente condivisa, degli eventi che caratterizzano l'adattamento sociale entro specifici contesti. All'interno di questi sistemi, ciascuno condivide le norme di condotta che organizzano il sistema sociale di appartenenza" (2014, p. 29). Utilizziamo questa proposta per provare a dare senso a ciò che chiamiamo cultura diagnostica. La consideriamo un peculiare sistema di simbolizzazione collusiva che sembra venga in soccorso nella crisi dei rapporti e nelle simbolizzazioni che fino a quel momento hanno sorretto un certo sistema di convivenza in uno specifico contesto. Costruitasi a partire dal paradigma medico della medicina moderna, la cultura diagnostica e della medicalizzazione fornisce un sistema collusivo alternativo all'anomia e alla distruttività della crisi. La medicalizzazione dei problemi di convivenza non la leggiamo, a nostra volta diagnosticandola, come una malattia del sistema sociale, ma come un indizio utile ad analizzare e a intervenire nelle crisi. Non la leggiamo neanche, come detto all'inizio di questo nostro lavoro, come espressione di un agito di potere entro i contesti sociali, dalla famiglia alla scuola, alla sanità stessa nelle sue dimensioni di organizzazioni e servizi, ai più diversi contesti sociali; agito di potere, dicevamo rispetto al quale prendere una posizione militante.

La medicalizzazione dei problemi di convivenza, problema dal quale siamo partiti, è ora avvicinabile a partire da ciò che lo studio dell'atto diagnostico inteso come atto tecnico e lo studio della relazione medica ci hanno permesso di cogliere. Torniamo su alcuni punti essenziali utili, come dicevamo, a una possibile comprensione della cultura diagnostica e della sua diffusione.

La diagnosi medica si iscrive nella conoscenza dell'uomo biologico (la sua fisiologia) e distingue, in base a una nosografia, la malattia che è l'oggetto dell'indagine diagnostica, l'estraneo altro da sé. Nell'alleanza col suo paziente, il medico-diagnosta cerca il nemico, primariamente cercato nel mondo biologico, di cui il corpo umano partecipa. La estrema semplificazione insita in questo che è uno storico paradigma della medicina del XVIII secolo, non cessa di essere attivo nella ricerca della "causa" quando una sofferenza o un problema ci

interpella. Causa patogena, carica della sua promessa di vittoriosa eliminazione. La crisi della psichiatria come disciplina medica e della sua diagnostica ma soprattutto le difficoltà e i problemi che incontrano quanti operano nei diversi servizi oggi moltiplicati della salute mentale testimoniano di questa dinamica. Un esempio: la moltiplicazione delle diagnosi in età evolutiva, ampiamente documentata e criticata, richiede certamente azioni di politica scolastica e sanitaria che la riducano ma soprattutto richiede interventi che tali diagnosi le interpretino, che ne accompagnino il destino dotandole di senso nel contesto (Paniccia, Giovagnoli, Bucci, Donatiello, & Cappelli, 2019)<sup>3</sup>.

La diagnosi si rivolge primariamente all'individuo, anzi lo fa emergere come portatore unico di un fenomeno di cui il sapere medico sa. L'asimmetria di potere sulla malattia fra medico e paziente, legata al sapere sulla malattia, funzionale all'atto medico può diventare un agito di potere appena si discosta dal contesto della relazione medica che la prevede ed è agita appunto nelle relazioni collusivamente sanitarizzate e prive di obiettivi coerenti col problema. Eppure quanta "domanda di diagnosi" incontriamo? Attivare il potere del sapere medico come estrema richiesta di essere riconosciuti fattore essenziale nella ricerca della propria identità, non è spesso questo che riconosciamo nelle domande rivolte agli psicoterapeuti? (Carli, 2011), Il rapporto fra la cultura diagnostica e la costruzione dell'identità nei giovani è questione che merita attenzione, studio, ricerca. Che senso prende la diagnosi? Nuove costruzioni di senso, relative a contesti di convivenza anomici, portano ad esempio a invocarne il diritto, come segno identitario e riconoscimento di specificità: nuove diagnosi, una fra tutte la disforia di genere, perdono lo statuto di patologia e approdano a quello di diversità (Rossi Monti, 2017).

Infine, la cultura diagnostica è prima di tutto questo: naturalizzare, individualizzare, sperare di trovare un nemico, allearsi il più affettuosamente possibile in questa lotta. È anche costruire un'appartenenza entro la quale, imprevedibilmente, riconoscersi con altri. È aspirare a una identità sociale. Perché si cerca anche questo, quest'affetto, questa partecipazione, quest'alleanza collusiva partecipata, che molti contesti di vita non sembrano più in grado di offrire.

### *Bibliografia*

- APA - American Psychiatric Association (2014). *DSM 5 – Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione*. Milano: Raffaello Cortina (Original work published 2013).
- Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico* [The norma and the pathological] (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1966).
- Carli, R. (1976). Trasformazione e cambiamento [Transformation and change]. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, XXXVII(1-2), 148-194.
- Carli, R. (2008). Il resoconto e la diagnosi [reporting and diagnosis]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 154-170. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2011). Divagazioni sull'identità [Digressions on identity]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 10-17. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2016a). I fondamenti teorici dell'intervento psicologico clinico [Theoretical foundations of clinical psychological intervention]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 1, 4-15. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R. (2016b). Diagnosticare o intervenire [Diagnosticare o intervenire]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 2, 4-18. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com>
- Carli, R. (2019). Vissuti e fatti: Scientificità e scientismo in psicologia clinica [Experiences and facts: Scientificity and scientism in clinical psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 28-60. doi:10.14645/RPC.2019.1.756

---

<sup>3</sup> *Quaderni di Psicologia Clinica* presenta numerosi contributi che illustrano questo tipo di interventi.

- Carli, R. (2020). Psicosociologia e psicoanalisi: Tracce per la storia di un movimento internazionale e per l'analisi delle sue vicende italiane [Psychosociology and psychoanalysis: Traces for the history of an international movement and for the analysis of its events in Italy]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(1), 47-68. doi:10.14645/RPC.2020.1.791
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della “malattia mentale” [The failure of collusion: A model for the genesis of “mental illness”]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 7-44. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Cassano, G.B., D'Errico, A., Pancheri, P., Pavan, L., Pazzagli, A., ... Volterra, V. (Eds.). (1993). *Trattato italiano di psichiatria* [Italian treatise on psychiatry]. Milano: Masson.
- Clavreul, J. (1981). *Il rovescio della psicoanalisi: Discorso psicoanalitico e discorso medico* [The reverse side of psychoanalysis: Psychoanalytic discourse and medical discourse] (D. Gibelli, Trans.). Bari: Edizioni Dedalo (Original work published 1978).
- Colucci, M. (Ed.). (2013). La diagnosi in psichiatria [Diagnosis in psychiatry]. *aut aut*, 357(3-4).
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human condition into treatable disorders*. Baltimora: The Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P., & Schneider, J.W. (1992). *Deviance and medicalization*. Philadelphia: temple University Press.
- Corbellini, G. (2014). *Storia e teorie della salute e delle malattie* [History and theories of health and illnesses]. Roma: Carocci editore.
- Ellenberger, H.F. (1996). *La scoperta dell'inconscio: Storia della psichiatria dinamica* [The discovery of the unconscious: history of dynamic psychiatry] (F. Mazzone, Trans.). Bollati Boringhieri (Original work published 1970).
- Favarelli, C. (2010). *Psicofarmacologia per psicologi* [Psychopharmacology for psychologists]. Bologna: il Mulino.
- Favarelli, M. (1963). *Storia della follia nell'età classica* [History of madness in the classical age] (F. Ferrucci, Trans.). Milano: Rizzoli BUR (Original work published 1961).
- Foucault, M. (1969). Nascita della clinica: Una archeologia dello sguardo medico [Birth of the clinic, an archeology of the medical look] (A. Fontana, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1963).
- Frances, A. (2013). *Primo, non curare chi è normale: Contro l'invenzione delle malattie* [First, do not treat those who are normal: Against the invention of diseases] (A. Pizzone, Trans.). Torino: Bollati Boringhieri (Original work published 2013).
- Furedi, F. (2008). *Il nuovo conformismo: Troppa psicologia nella vita quotidiana* [The new conformism: Too much psychology in everyday life]. Milano: Feltrinelli.
- Lupton, D. (2012). *Medicine as Culture*. London: Sage.
- Nye, R. (2003). The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of History of Behavioral Sciences*, 39, 115-129.
- Olivetti Manoukian, F. (1988). *Stato dei servizi: Un'analisi psicosociologica dei servizi sociosanitari* [State of services: A psychosociological analysis of socio-health services]. Bologna: il Mulino.
- Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Bucci, F., Donatiello, G., & Cappelli, T. (2019). La crescita delle diagnosi nella scuola: Una ricerca presso un gruppo di insegnanti italiani [The increase in diagnosis in the schools: A study amongst a group of Italian teachers]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 61-94. doi:10.14645/RPC.2019.1.764g
- Parsons, T. (1965). *Il sistema sociale* [The social system] (A. Cottino, Trans.). Milano: Edizioni di Comunità (Original work published 1951).
- Parsons, T. (1987). *La struttura dell'azione sociale* [The Structure of Social Action] (G. Poggi, Trans.). Bologna: il Mulino (Original work published 1937).

- Reda, G.C. (1982). *Trattato di psichiatria* [Treatise on psychiatry]. Firenze: USES.
- Rose, N. (2009). Normality and Pathology in a biomedical age. *Sociological Review*, 57, 66-83.
- Rossi Monti, M. (2017). *La diagnosi come nome, la diagnosi come verbo* [Diagnosis as a noun, diagnosis as a verb]. Retrieved from: <https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/ricerca-empirica/rossi-monti-m-2017-la-diagnosi-come-nome-la-diagnosi-come-verbo-giornata-nazionale-di-ricerca-they-are-people-roma-28-genn-2017/>
- Szasz, T. (2007). *The medicalization of the everyday life*. New York: Syracuse University Press.
- Zola, I.K. (1972). Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, 2, 487-504.