

ESSERE SANI IN LUOGHI FOLLI

by David Rosenhan

Science, New Series, Vol. 179, No. 4070. (Jan. 19, 1973), pp. 250-258.

Se la sanità mentale e la follia esistono, come le riconosceremo?

La domanda non è né capricciosa né di per sé folle. Per quanto possiamo essere convinti di saper distinguere tra normalità ed anormalità, l'evidenza dei fatti non è affatto convincente. È comune, per esempio, leggere di processi per omicidio in cui eminenti psichiatri della difesa vengono contraddetti da altrettanto eminenti psichiatri dell'accusa riguardo la sanità mentale dell'imputato. Più in generale, vi è una gran mole di dati contrastanti sull'affidabilità, l'utilità, e il significato di termini come "sanità mentale", "follia", "malattia mentale", e "schizofrenia" (1). Infine, come già nel 1934, [Ruth] Benedict suggerì: la normalità e l'anormalità non sono universali (2). Ciò che è considerato normale in una cultura può essere considerato abbastanza aberrante in un'altra. Perciò, le nozioni di normalità e anormalità potrebbero non essere accurate quanto la gente crede che siano.

Sollevare domande sulla normalità e l'anormalità non intende mettere in discussione il fatto che alcuni comportamenti sono devianti o anomali. L'omicidio è devianza. Così come lo sono le allucinazioni. Né sollevare tali questioni nega l'angoscia personale che è spesso associata con la "malattia mentale". L'ansia e la depressione esistono. La sofferenza psicologica esiste. Ma normalità e anormalità, sanità mentale e pazzia, e le diagnosi che ne derivano potrebbero essere meno sostanziali di quanto molti credono che siano.

Il nocciolo della domanda se sia possibile distinguere tra i sani di mente ed i folli (e se sia possibile distinguere tra loro i vari gradi della follia) è una questione molto semplice: i tratti salienti che portano alla diagnosi risiedono nei pazienti stessi o negli ambienti e contesti in cui gli osservatori li incontrano? Partendo da Bleuler, e passando per Kretschmer, fino ai redattori del *Manuale Diagnostico e Statistico* rivisto della Associazione Psichiatrica Americana, si è coltivata l'incrollabile convinzione che i pazienti presentino sintomi, e che questi sintomi possano essere classificati, e, implicitamente, che i sani di mente siano distinguibili dai folli. Recentemente, tuttavia, questa convinzione è stata messa in discussione. Basata in parte su considerazioni teoriche e antropologiche, ma anche filosofiche, giuridiche, e terapeutiche, è maturata la convinzione che la classificazione psicologica della malattia mentale sia, nel migliore dei casi, inutile, nel peggiore dei casi addirittura dannosa, fuorviante e spregiativa. secondo questo punto di vista, le diagnosi psichiatriche sono nella mente dell'osservatore, e non sono validi riassunti di caratteristiche manifestate dall'osservato (3, 4, 5).

Sarebbe proficuo, al fine di stabilire quale [tra le due ipotesi] sia più accurata, far ricoverare in ospedale psichiatrico persone normali (ossia, persone che non soffrano, né abbiano mai sofferto, di

1P. Ash, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* **44**, 272 (1949); A. T. Beck, *Amer. J. Psychiat.* **119**, 210 (1962); A. T. Boisen, *Psychiatry* **2**, 233 (1938); N. Kreitman, *J. Ment. Sci.* **107**, 876 (1961); N. Kreitman, P. Sainsbury, J. Morrissey, J. Towers, J. Scrivener, *ibid.*, p. 887; H. O. Schmitt e C. P. Fonda, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* **52**, 262 (1956); W. Seeman, *J. Nerv. Ment. Dis.* **118**, 541 (1953). Per un'analisi di questi artefatti e una sintesi delle dispute, vedi J. Zubin, *Annu. Rev. Psychol.* **18**, 373 (1967); L. Phillips and J. G. Draguns, *ibid.* **22**, 447 (1971).

2R. Benedict, *J. Gen. Psychol.* **10**, 59 (1934).

3Vedi a proposito H. Becker, *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance* (Free Press, New York, 1963); B. M. Braginsky, D. D. Braginsky, K. Ring, *Methods of Madness: The Mental Hospital as a Last Resort* (Holt, Rinehart & Winston, New York, 1969); G. M. Crocetti e P. V. Lemkau, *Amer. Sociol. Rev.* **30**, 577 (1965); E. Goffman, *Behavior in Public Places* (Free Press, New York, 1964); R. D. Laing, *The Divided Self: A Study of Sanity and Madness* (Quadrangle, Chicago, 1960); D. L. Phillips, *Amer. Sociol. Rev.* **28**, 963 (1963); T. R. Sarbin, *Psychol. Today* **6**, 18 (1972); E. Schur, *Amer. J. Sociol.* **75**, 309 (1969); T. Szasz, *Law, Liberty and Psychiatry* (Macmillan, New York, 1963); *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Mental Illness* (Hoeher-Harper, New York, 1963). Per una critica di alcune di queste opinioni, vedi W. R. Gove, *Amer. Sociol. Rev.* **35**, 873 (1970).

4E. Goffman, *Asylums* (Doubleday, Garden City, N.Y., 1961).

5T. J. Scheff, *Being Mentally Ill: A Sociological Theory* (Aldine, Chicago, 1966).

sintomatologie psichiatriche gravi) e poi stabilire se la loro sanità mentale viene notata e, in tal caso, in che modo. Se la sanità mentale di simili pseudopazienti venisse sempre rilevata, ci troveremmo di fronte a una prova *prima facie* che una persona sana di mente può essere distinta dal contesto di follia in cui si trova. La normalità (e presumibilmente l'anormalità) è sufficientemente distinta da poterla riconoscere ovunque la si incontri, dato che accompagna la persona. Se, d'altro canto, la sanità mentale degli pseudopazienti non venisse mai scoperta, si solleverebbero serie problematiche per i sostenitori del modello diagnostico psichiatrico tradizionale. Dato che il personale dell'ospedale non era incompetente, che gli pseudopazienti si erano comportati altrettanto normalmente come quando erano fuori dal ricovero, e che non era mai stato suggerito prima che sarebbero dovuti stare in un ospedale psichiatrico, un tale esito inverosimile sosterebbe l'opinione secondo cui la diagnosi psichiatrica rivela poco del paziente, ma molto circa l'ambiente in cui vi si imbatte il suo osservatore.

Questo articolo descrive un simile esperimento. Segretamente, otto persone sane di mente hanno ottenuto il ricovero in 12 diversi ospedali (⁶). Le loro vicissitudini diagnostiche costituiscono i dati della prima parte di questo articolo, mentre il resto è dedicato alla loro descrizione delle esperienze negli istituti psichiatrici. Troppi pochi psichiatri e psicologi — incluso chi ha lavorato in simili ospedali — si rendono conto di cosa voglia dire quest'esperienza. Raramente ne parlano con gli ex pazienti, forse perché diffidano delle informazioni provenienti dagli ex-matti. È probabile che chi ha lavorato negli ospedali psichiatrici si sia così tanto adattato al suo ambiente da essersi desensibilizzato all'impatto con quell'esperienza. E quantunque vi siano state sporadiche relazioni di ricercatori sottoposti al ricovero psichiatrico (⁷), questi ricercatori sono generalmente rimasti negli ospedali per periodi di tempo brevi, e spesso il personale ne era al corrente. È difficile sapere in quale misura furono trattati come pazienti e non come colleghi ricercatori. Ciò nonostante, le loro testimonianze dall'interno dell'ospedale psichiatrico sono state preziose. Questo articolo estende quegli sforzi.

Pseudopazienti e Setting

Gli otto pseudopazienti costituivano un gruppo variegato. Uno era un laureando in psicologia sulla ventina. I restanti sette erano più anziani e "affermati." Tra di loro c'erano tre psicologi, un pediatra, uno psichiatra, un pittore, ed una casalinga. Tre pseudopazienti erano donne, cinque erano uomini. Tutti usarono pseudonimi, per evitare che le loro presunte diagnosi potessero causargli disagio in seguito. I professionisti della salute mentale dichiararono un'altra occupazione al fine di evitare trattamenti di riguardo da parte del personale, vuoi per cortesia o per prudenza, verso colleghi in difficoltà (⁸). Tranne nel mio caso (fui il primo pseudopaziente, e la mia presenza era nota all'amministrazione ospedaliera e allo psicologo capo e, per quanto ne so, a loro soltanto), il

6I dati di un nono pseudopaziente non sono stati inclusi in questa relazione poiché, nonostante la sua sanità mentale non venne individuata, egli falsificò alcuni aspetti della sua storia personale, inclusi il suo stato coniugale e i legami genitoriali. I suoi comportamenti sperimentali non erano quindi identici a quelli degli altri pseudopazienti.

7A. Barry, *Bellevue Is a State of Mind* (Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1971); I. Belknap, *Human Problems of a State Mental Hospital* (McGraw-Hill, New York, 1956); W. Caudill, F. C. Redlich, H. R. Gilmore, E. B. Brody, *Amer. J. Orthopsychiat.* **22**, 314 (1952); A. R. Goldman, R. H. Bohr, T. A. Steinberg, *Prof. Psychol.* **1**, 427 (1970); privo di autore, *Roche Report* **1** (No. 13), 8 (1971).

8Oltre alle difficoltà personali che lo pseudopaziente verosimilmente affronterà in ospedale, ve ne sono anche alcune legali e sociali che, abbinatamente, richiedono considerevole attenzione prima dell'ingresso. Per esempio, una volta ricoverato in un istituto psichiatrico è difficile, se non impossibile, essere dimessi con breve preavviso, nonostante la legge statale lo preveda. Al principio del progetto non prestai attenzione a queste difficoltà, né alle emergenze personali e situazionali che possono verificarsi, ma in seguito venne preparato un ordine di *habeas corpus* per ciascun pseudopaziente che veniva ricoverato e garantimmo la reperibilità di un avvocato durante ogni ricovero. Sono grato a John Kaplan e Robert Bartels per i consigli e l'assistenza legale forniteci in materia.

personale ospedaliero non era a conoscenza della presenza di pseudopazienti né della natura del progetto di ricerca ⁽⁹⁾).

Similmente, anche i setting erano diversificati. Al fine di generalizzare i risultati, puntammo a ricoveri in ospedali vari. I 12 ospedali del campione si trovavano in cinque diversi stati della costa orientale ed occidentale. Alcuni erano vecchi e malandati, altri erano discretamente nuovi. Alcuni erano orientati alla ricerca, altri no. Alcuni avevano un buon rapporto tra personale e pazienti, altri erano piuttosto carenti di personale. Uno solo degli ospedali era esclusivamente privato. Tutti gli altri erano sostenuti da fondi statali o federali o, in un caso, da fondi universitari.

Dopo aver chiamato l'ospedale per un appuntamento, lo pseudopaziente giungeva all'ufficio ammissioni lamentando di aver udito delle voci. Alla domanda su che cosa gli dicessero le voci, rispondeva che erano perlopiù poco chiare, ma che secondo lui dicevano "vuoto", "vano" e "tonfo." Le voci erano estranee e dello stesso sesso dello pseudopaziente. La scelta di questi sintomi fu adottata per la loro apparente somiglianza con sintomi esistenziali. Si suppone che tali sintomi derivino da dolorose preoccupazioni riguardo la percezione di mancanza di significato della propria vita. È come se la persona allucinata stesse dicendo, "La mia vita è vuota e vana." La scelta di questi sintomi fu anche determinata dall'*assenza* nella letteratura di qualsiasi menzione di psicosi esistenziali.

Al di là della proclamazione di suddetti sintomi, della falsificazione del nome, dell'aspirazione professionale, e dell'attuale occupazione, non fu alterato nient'altro della persona, la sua storia, e le sue circostanze. Gli eventi biografici significativi degli pseudopazienti furono presentati come accaddero realmente. Compatibilmente con suddette falsificazioni, i rapporti con genitori e fratelli, coniugi e figli, colleghi di lavoro e di studio, vennero descritti così com'erano, o erano stati. Raccontarono delle proprie frustrazioni e turbamenti, così come delle gioie e soddisfazioni. Questi fatti sono importanti da tenere a mente. Come minimo, hanno esercitato una forte influenza sui risultati finali giocando a favore dello smascheramento della sanità mentale, dato che nessuna delle loro storie o comportamenti attuali era in alcun modo gravemente patologica.

Immediatamente dopo l'ammissione al reparto psichiatrico, gli pseudopazienti smisero di simulare *qualsiasi* sintomo di anormalità. In alcuni casi, vi fu un breve periodo di lieve nervosismo ed ansietà poiché nessuno degli pseudopazienti credeva che sarebbe stato realmente ammesso così facilmente. In effetti, il loro timore comune era che sarebbero stati immediatamente smascherati come impostori e messi seriamente in imbarazzo. Inoltre, molti di loro non hanno mai visitato un reparto psichiatrico e anche coloro che lo avevano fatto, nutrivano genuina paura per ciò che gli sarebbe potuto capitare. Il loro nervosismo, quindi, era appropriato alla novità della situazione ospedaliera, e scemò rapidamente.

A parte questo breve nervosismo, gli pseudopazienti si comportarono nel reparto così come si comportavano "normalmente". Gli pseudopazienti parlavano agli altri pazienti e allo staff nelle maniere che gli erano usali. Poiché in un reparto psichiatrico vi è insolitamente poco da fare, gli pseudopaziente tentarono di intavolare conversazione con gli altri. Quando il personale chiedeva loro come si sentissero, riferivano di star bene, che non esperivano più i sintomi. Seguivano le istruzioni dagli operatori, rispondevano alle chiamate per la terapia farmacologica (che non veniva

⁹Per quanto questo occultamento possa essere di cattivo gusto, costituì un primo passo necessario per esaminare questi quesiti. Senza l'occultamento non vi sarebbe stato alcun modo di conoscere la validità di queste esperienze; né vi sarebbe stato alcun modo di sapere se gli eventuali smascheramenti andavano attribuiti all'acume diagnostico del personale o alla rete di pettegolezzi dell'ospedale. Ovviamente, dato che le mie preoccupazioni sono di un carattere generale che trascende gli specifici ospedali e membri del personale, ho rispettato il loro anonimato ed eliminato quegli indizi che potrebbero condurre alla loro identificazione.

ingoiata), e si attenevano alle regole della sala da pranzo. Al di là delle attività messe a disposizione dal reparto, passavano il tempo a scrivere le proprie osservazioni sul reparto, i suoi pazienti e il personale. Inizialmente queste note vennero scritte “in segreto”, ma poiché divenne ben presto chiaro che a nessuno importava granché, furono in seguito scritte su fogli di carta standard e in luoghi pubblici quali il soggiorno. Non venne fatto alcun segreto di queste attività.

Gli pseudopazienti, pressappoco come i pazienti psichiatrici veri, entravano nell’ospedale senza una previsione di quando sarebbero stati dimessi. A ciascuno di loro fu detto che sarebbe dovuto uscirne con le proprie forze, essenzialmente convincendo il personale che era sano di mente. Gli stress psicologici associati al ricovero erano notevoli, e tutti, tranne uno degli pseudopazienti, desideravano essere dimessi quasi subito dopo il ricovero. Erano dunque motivati non solo a comportarsi in modo sano, ma ad essere modelli di cooperazione. Che il loro comportamento non fu affatto distruttivo è confermato dalle relazioni infermieristiche, che ottenemmo per la maggior parte dei pazienti. Questi rapporti indicano uniformemente che i pazienti erano “amichevoli”, “cooperativi” e “non esibivano segni di anomalia.”

La Sanità dei Normali Non È Individuabile

Nonostante “l’ostentazione” pubblica di sanità mentale, gli pseudopazienti non furono mai individuati. Tutti i ricoverati, tranne in un caso, con una diagnosi di schizofrenia (¹⁰), ciascuno fu dimesso con una diagnosi di schizofrenia “in remissione.” L’etichetta” in remissione” non dovrebbe in alcun modo essere liquidata come una formalità poiché in nessun caso, nel corso di ciascun ricovero, fu mai sollevato alcun dubbio circa la simulazione di alcuni pseudopaziente. Né vi è alcuna traccia nelle cartelle cliniche che lo status dello pseudopaziente fosse sospetto. Piuttosto, è fortemente comprovato che, una volta etichettato schizofrenico, lo pseudopaziente rimaneva incastrato in quella etichetta. Per poter essere dimesso, naturalmente, lo pseudopaziente doveva essere “in remissione”; ma non era sano di mente, né, dal punto di vista dell’istituzione, lo era mai stato.

Il costante fallimento nel riconoscere la sanità non può essere attribuito alla qualità degli ospedali dato che, nonostante vi fossero considerevoli variazioni tra loro, molti erano considerati eccellenti. Né si può sostenere che non vi fosse stato tempo sufficiente per osservare gli pseudopazienti. La durata dei ricoveri oscillava tra 7 i 52 giorni, con una media di 19 giorni. In effetti, gli pseudopazienti non furono sottoposti ad un’osservazione attenta, ma questo fallimento dice più sulle consuetudini all’interno degli ospedali psichiatrici che non sulla mancanza di opportunità.

Infine, non si può dire che il mancato riconoscimento della sanità mentale degli pseudopazienti fosse dovuto al fatto che non si comportavano in modo sano. Sebbene vi fosse chiaramente una certa grado tensione in ognuno di essi, i loro visitatori giornalieri non rilevarono gravi conseguenze comportamentali, così come non le rilevarono neppure gli altri pazienti. Si rivelò normale che i pazienti fossero in grado di “individuare” la sanità mentale degli pseudopazienti. Nel corso dei primi tre ricoveri, durante i quali furono tenuti conteggi accurati, 35 dei 118 pazienti ricoverati nel reparto espressero i loro sospetti, alcuni vigorosamente. “Tu non sei pazzo. Sei un giornalista, o un professore (riferendosi al continuo prendere appunti). Stai verificando sull’ospedale.” Mentre la maggior parte dei pazienti furono rassicurati dall’insistenza degli pseudopazienti riguardo il fatto

¹⁰È interessante notare che dei 12 ricoverati, 11 furono diagnosticati schizofrenici e uno, con la stessa identica sintomatologia, come psicotico maniaco-depressivo. Quest’ultima diagnosi, che ha una prognosi più favorevole, fu effettuata nell’unico ospedale privato del campione. Riguardo le relazioni tra classe sociale e diagnosi psichiatrica, vedi A. deB. Hollingshead e F. C. Redlich, *Social Class and Mental Illness: A Community Study* (Wiley, New York, 1958).

che erano stati male prima del ricovero, ma che ora stavano bene, alcuni seguitarono a credere che lo pseudopaziente fosse sano di mente lungo tutto il ricovero (¹¹). Il fatto che sovente i pazienti abbiano saputo riconoscere la normalità laddove il personale non ne fu in grado, solleva importanti domande.

Il fallimento nel riconoscere la sanità durante il ricovero può essere dovuto al fatto che i medici operano con una spiccata tendenziosità verso quello che gli statistici chiamano errore di tipo 2 (5). Ossia, che i medici sono più inclini a definire malata una persona sana (un falso positivo, tipo 2) che non a dichiarare sana una persona malata (un falso negativo, tipo 1). Le ragioni di questo non sono difficili da trovare: è chiaramente più pericoloso mancare una diagnosi di malattia che non una di salute. Meglio sbagliare sul versante della cautela, e sospettare la malattia anche tra i sani. Ma ciò che vale per la medicina non vale altrettanto bene per la psichiatria. Le malattie mediche, per quanto spiacevoli, non hanno solitamente una valenza spregiativa. Le diagnosi psichiatriche, al contrario, veicolano stigma personale, giuridico e sociale (¹²). Era quindi importante verificare se la tendenza a diagnosticare la follia nei sani potesse essere invertita. Il seguente esperimento è stato organizzato in una clinica per la ricerca e l'insegnamento il cui personale aveva sentito parlare di questi risultati ma dubitava che un errore del genere potesse verificarsi nel loro ospedale. Il personale venne informato che ad un certo punto, nel corso dei tre mesi successivi, uno o più pseudopazienti avrebbero tentato di farsi ricoverare nell'ospedale psichiatrico. Ad ogni membro del personale venne chiesto di valutare ciascun paziente che si fosse presentato per il ricovero, o in reparto, in base alla probabilità che il paziente fosse un pseudopaziente. Venne impiegata una scala di 10 punti, in cui un punteggio da 1 a 2 indica un alto grado di certezza riguardo al fatto che il paziente fosse un pseudopaziente.

Ottenemmo valutazioni su 193 pazienti ricoverati per cure psichiatriche. Tutto il personale che era in stretto contatto con i pazienti, o che rivestiva ruoli di responsabilità primaria nei loro confronti — inservienti, infermieri, psichiatri, medici, psicologi — furono invitati a esprimere una valutazione. Quarantuno pazienti vennero valutati essere pseudopazienti, con ferma convinzione, da almeno un membro del personale. Ventitré furono valutati come sospetti da almeno uno psichiatra. Diciannove vennero giudicati sospetti da uno psichiatra e da un altro membro del personale. In realtà, nessun autentico pseudopaziente (quantomeno, non dal mio gruppo) si era presentato durante questo periodo.

L'esperimento è istruttivo. Indica che la tendenza a designare come folli le persone sane può essere invertita quando la posta in gioco è elevata — in questo caso, il prestigio e l'acume diagnostico. Ma che cosa si può dire delle 19 persone sospettate di essere "sane" da uno psichiatra e un altro membro del personale? Queste persone erano veramente "sane" o si trattava invece del fatto che, nel tentativo di evitare l'errore di tipo 2, il personale tende a fare più errori del primo tipo —dichiarando "sano di mente" il pazzo? Non v'è modo di saperlo. Ma una cosa è certa: qualsiasi processo diagnostico che si presta così facilmente a enormi errori di questo tipo non può essere molto affidabile.

11 È ovviamente possibile che i pazienti siano di larga manica riguardo le diagnosi e che siano quindi propensi a definire sane molte persone, anche quelle il cui comportamento è palesemente anomalo. Comunque, pur non avendo a disposizione dati solidi sull'argomento, abbiamo avuto la netta impressione che non era questo il motivo. In molte occasioni, i pazienti non solo fecero di noi gli oggetti della loro attenzione esclusiva, ma finirono anche per imitare i nostri comportamenti e il nostro stile.

12 J. Cumming and E. Cumming, *Community Ment. Health* **1**, 135 (1965); A. Farina e K. Ring, *J. Abnorm. Psychol.* **70**, 47 (1965); H. E. Freeman e O. G. Simmons, *The Mental Patient Comes Home* (Wiley, New York, 1963); W. J. Johannsen, *Ment. Hygiene* **53**, 218 (1969); A. S. Linsky, *Soc. Psychiat.* **5**, 166 (1970).

La Viscosità delle Etichette Psicodiagnostiche

Al di là della tendenza a definire sano il malato — una tendenza rende meglio conto del comportamento diagnostico all'atto del ricovero rispetto al medesimo comportamento dopo un periodo di prolungato contatto — i dati evidenziano il ruolo massiccio dell'etichettatura nella valutazione psichiatrica. Una volta etichettato schizofrenico, non vi è nulla che lo pseudopaziente possa fare per sconfiggere questa marchiatura. L'etichetta tinge profondamente la percezione che gli altri avranno di lui e del suo comportamento.

Da un certo punto di vista, questi dati non sorprendono affatto, perché è noto da tempo che gli elementi traggono significato dal contesto in cui si verificano. La psicologia della Gestalt ha evidenziato energicamente questo punto, e Asch (¹³) ha dimostrato che ci sono tratti “centrali” della personalità (come “caldo” rispetto a “freddo”) talmente potenti da colorire marcatamente il significato di altre informazioni durante il processo in cui si forma l'impressione di una data personalità (¹⁴). “Folle”, “schizofrenico”, “maniacodepressivo” e “pazzo” sono probabilmente tra i più potenti di tali tratti centrali. Una volta che una persona è stata definita anormale, tutti i suoi altri comportamenti e caratteristiche saranno tinti da tale etichetta. Infatti, quest'etichetta è così potente che molti dei comportamenti normali degli pseudopazienti furono completamente ignorati o profondamente fraintesi. Alcuni esempi chiariranno questo punto.

In precedenza, ho indicato che non vi furono alterazioni nella storia personale degli pseudopazienti e nel loro stato attuale al di là del nome, l'occupazione, e, se necessario, l'aspirazione professionale. Per il resto, venne offerta una descrizione veritiera della storia personale e delle circostanze. Tali circostanze non erano psicotiche. Come vennero fatte combaciare con la diagnosi di psicosi? O furono le diagnosi a essere modificate in modo tale da farle concordare con le circostanze della vita degli pseudopazienti, come descritte da loro?

Per quanto ho potuto stabilire, le diagnosi non vennero in alcun modo influenzate dalla relativa salute delle circostanze di vita degli pseudopazienti. Piuttosto, accadde il contrario: la percezione delle circostanze fu modellata interamente dalla diagnosi. Un chiaro esempio di una simile traduzione la si trova nel caso di uno pseudopaziente che durante l'infanzia ebbe un legame stretto con la madre, ma uno piuttosto distaccato col padre. Tuttavia, durante l'adolescenza, e anche oltre, il padre divenne per lui un caro amico, mentre il rapporto con la madre si raffreddò. Il suo attuale rapporto con la moglie era tipicamente stretto e caldo. A parte occasionali battibecchi, l'attrito era minimo. I bambini erano stati raramente sculacciati. Sicuramente non v'era nulla di particolarmente patologico nella sua storia. In effetti, molti lettori possono intravedere un modello simile nelle proprie esperienze, senza conseguenze particolarmente dannose. Osservate, tuttavia, come questa storia fu tradotta nel contesto psicopatologico — quanto segue è tratto dalla sintesi della relazione sul suo caso, preparata in seguito alle dimissioni del paziente.

Questo maschio, bianco, di 39 anni ... manifesta una lunga storia di notevole ambivalenza nelle relazioni strette, che inizia nella prima infanzia. Il rapporto caloroso con la madre si raffredda durante l'adolescenza. Il rapporto distaccato con il padre è descritto come diventato molto intenso. La stabilità affettiva è assente. I suoi tentativi di controllare l'emotività con la moglie ed i figli sono punteggiati da scoppi d'ira e, nel caso dei bambini, sculacciate. E mentre asserisce di avere molti buoni amici, si avverte una notevole componente di ambivalenza anche in queste relazioni...

13S. E. Asch, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* **41**, 258 (1946); *Social Psychology* (Prentice-Hall, New York, 1952).

14Vedi anche I. N. Mensh e J. Wishner, *J. Personality* **16**, 188 (1947); J. Wishner, *Psychol. Rev.* **67**, 96 (1960); J. S. Bruner e R. Tagiuri, in *Handbook of Social Psychology*, G. Lindzey, Ed. (Addison-Wesley, Cambridge, Mass., 1954), vol. 2, pp. 634-654; J. S. Bruner, D. Shapiro, R. Tagiuri, in *Person Perception and Interpersonal Behavior*, R. Tagiuri e L. Petruzzo, Eds, (Stanford Univ. Press, Stanford, Calif., 1958), pp. 277-288.

I fatti del caso sono stati involontariamente distorti dal personale per renderli congruenti alla celebre teoria della dinamiche della reazione schizofrenica (¹⁵). Nelle descrizioni dei suoi rapporti con i genitori, la moglie, o gli amici, non riferì alcunché di natura ambivalente. Nella misura in cui l'ambivalenza potesse essere dedotta, non era probabilmente superiore a quella che si riscontra in tutte le relazioni umane. È vero che le relazioni dello pseudopaziente con i suoi genitori erano cambiate nel corso del tempo, ma in un contesto ordinario questo sarebbe a stento degno di nota — anzi, potrebbe benissimo essere considerato prevedibile. Chiaramente, il significato attribuito alle sue verbalizzazioni (cioè, ambiguità, instabilità affettiva) fu determinato dalla diagnosi: schizofrenia. Se il soggetto fosse stato risaputamente “normale”, vi si sarebbe attribuito un significato completamente diverso.

Tutti gli pseudopazienti presero parecchie annotazioni, pubblicamente. In circostanze normali, tale comportamento avrebbe sollevato interrogativi nella mente degli osservatori, come in effetti avvenne tra i pazienti. In effetti, davamo così certo che le annotazioni avrebbero destato sospetti che vennero prese elaborate precauzioni per farle uscire dal reparto quotidianamente. Ma le precauzioni si dimostrarono inutili. Il massimo a cui qualsiasi membro del personale si avvicinò nel mettere in discussione le annotazioni fu quando uno pseudopaziente chiese al suo medico quale tipo di farmaco stava ricevendo e cominciò a scrivere la risposta. “Non c'è bisogno di scriverlo,” gli fu detto dolcemente. “Se avete problemi a ricordarlo, basta che me lo chiediate di nuovo.”

Se non venivano poste domande agli pseudopazienti, come veniva interpretato il loro prendere appunti? I rapporti infermieristici di tre pazienti indicano che la scrittura fu vista come un aspetto del loro comportamento patologico. “Il paziente si intrattiene in comportamenti di scrittura” fu il commento giornaliero infermieristico su uno degli pseudopazienti che non venne mai interrogato circa i suoi scritti. Poiché il paziente si trova in ospedale, deve essere psicologicamente disturbato. E dato che è disturbato, la scrittura continua deve essere una manifestazione comportamentale di tale disturbo, forse un sottoinsieme dei comportamenti compulsivi che a volte sono correlati alla schizofrenia.

Una tacita caratteristica della diagnosi psichiatrica è che essa individua le origini dell'aberrazione all'interno dell'individuo e, solo raramente, all'interno del complesso di stimoli che lo circonda. Di conseguenza, i comportamenti stimolati dall'ambiente circostante vengono solitamente attribuiti erroneamente al disturbo del paziente. Per esempio, un infermiera premurosa notò che uno pseudopaziente andava su e giù per i lunghi corridoi dell'ospedale. “Nervoso, Mister X?» chiese lei. “No, annoiato,” rispose lui.

Le annotazioni prese dagli pseudopazienti sono colme di fraintendimenti del comportamento dei pazienti da parte di membri del personale benintenzionati. Sovente, i pazienti andavano “in escandescenza” perché venivano maltrattati, consapevolmente o meno, per esempio da un inserviente. L'infermiera che giungeva sulla scena, raramente si informava, anche solo di sfuggita, riguardo gli stimoli ambientali del comportamento del paziente. Presupponeva che l'arrabbiatura derivasse dalla patologia anziché dalle sue attuali interazioni con altri membri dello staff. A volte, il personale supponeva che lo scoppio d'ira fosse stato stimolato dai familiari del paziente (soprattutto se erano venuti a trovarlo di recente) o dagli altri pazienti. Ma in nessun caso si riscontrò mai un membro del personale che ipotizzasse che un suo collega, o la struttura ospedaliera stessa, potesse avere nulla a che fare con il comportamento di un paziente. Uno psichiatra indicò un gruppo di pazienti seduti davanti all'ingresso della mensa mezz'ora prima dell'ora di pranzo. Al gruppo di giovani tirocinanti spiegò che tale comportamento era tipico della natura orale-acquisitiva della

15 Per un esempio di una simile profezia autoavverante, in questo caso riguardante il tratto “centrale” dell'intelligenza, vedi R. Rosenthal e L. Jacobson, *Pygmalion in the Classroom* (Holt, Rinehart & Winston, New York, 1968).

sindrome. Non sembrava rendersi conto che c'erano ben poche cose d'attendere in un ospedale psichiatrico, oltre al mangiare.

Le etichette psichiatriche hanno una vita e un'influenza propria. Una volta formatasi l'opinione che il paziente sia schizofrenico, l'aspettativa è che continuerà ad essere schizofrenico. Trascorso un lasso di tempo sufficiente, durante il quale il paziente non ha fatto nulla di strano, viene considerato in via di remissione e pronto per la dimissione. Ma l'etichetta sopravvive alla dimissione, portando con sé l'aspettativa non confermata che egli si comporterà nuovamente come uno schizofrenico. Tali etichette, conferite dai professionisti della salute mentale, hanno tanta influenza sul paziente quanto sui suoi parenti ed amici, e non dovrebbe sorprendere nessuno che la diagnosi agisce su ognuno di loro come una profezia che si auto-avvera. Anche il paziente stesso finisce con l'accettare la diagnosi, con tutti i suoi significati extra e le aspettative, e si comporterà di conseguenza (5).

Le inferenze che possiamo trarre sono abbastanza semplici. Così come Zigler e Phillips hanno dimostrato c'è un enorme sovrapposizione dei sintomi presentati dai pazienti che sono stati variamente diagnosticati (¹⁶), vi è anche una grande sovrapposizione dei comportamenti dei sani di mente e dei folli. I sani non sono "sani" per tutto il tempo. Perdiamo le staffe "senza una buona ragione." Talvolta siamo depressi o ansiosi, sempre senza validi motivi. E ci capita di trovare difficile andare d'accordo con questa o quell'altra persona — di nuovo, senza capirne il motivo. Allo stesso modo, i pazzi non sono sempre pazzi. In effetti, gli pseudopazienti, mentre vivevano con loro, ebbero l'impressione che erano sani di mente per lunghi periodi di tempo — che i comportamenti bizzarri su cui le loro diagnosi erano state presumibilmente costruite costituivano solo una piccola frazione del loro comportamento complessivo. Se non ha senso etichettarci come depressi cronici per via di una depressione occasionale, allora servono prove più solide di quante ne abbiamo allo stato attuale per etichettare tutti i pazienti come pazzi o schizofrenici in base a comportamenti o ragionamenti bizzarri. Sembrerebbe più utile, come ha sottolineato Mischel (¹⁷), limitare le nostre discussioni ai *comportamenti*, agli stimoli che li provocano, e alle loro correlazioni.

Non si sa perché sorgono potenti impressioni dei tratti della personalità, come "pazzo" o "malato mentale". È concepibile che quando le origini di un comportamento, o gli stimoli che vi danno il via, sono remoti o sconosciuti, o quando il comportamento ci sembra immutabile, subentra l'etichettatura dei tratti verso *colui* che emette i comportamenti. Quando, d'altra parte, le origini e gli stimoli sono noti e a portata di mano, il discorso è circoscritto al comportamento stesso. Quindi, posso avere allucinazioni perché sto dormendo, o posso averle perché ho ingerito una particolare droga. Queste vengono rispettivamente denominate allucinazioni indotte dal sonno profondo, o sogni, e allucinazioni indotte dalla droga. Ma quando gli stimoli delle mie allucinazioni sono sconosciuti, la si chiama follia, o schizofrenia — come se, in qualche modo, questa inferenza fosse illuminante come le altre.

L'Esperienza del Ricovero Psichiatrico

Il termine "malattia mentale" è di origine recente. Fu coniato da persone mosse da umanità, che desideravano elevare la condizione delle persone psicologicamente disturbate (e la comprensività dell'opinione pubblica nei loro confronti), emancipandole dallo status di streghe e "pazzoidi" a uno

16 E. Zigler e L. Phillips, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* **63**, 69 (1961). Vedi anche R. K. Freudenberg e J. P. Robertson, *A.M.A. Arch. Neurol. Psychiatr.* **76**, 14 (1956).

17 W. Mischel, *Personality and Assessment* (Wiley, New York, 1968).

status simile a quello dei malati affetti da malattie fisiche. E in parte vi riuscirono, poiché il trattamento dei malati mentali è considerevolmente migliorato nel corso degli anni. Ma mentre il trattamento è migliorato, è dubbio che le persone considerino realmente i malati di mente allo stesso modo in cui considerano i “malati fisici”. Una gamba rotta è qualcosa da cui si guarisce, ma si presume che la malattia mentale duri per sempre⁽¹⁸⁾. Una gamba rotta non intimorisce l’osservatore, ma un matto schizofrenico? Vi sono una serie di prove che mostrano che l’atteggiamento verso i malati mentali è caratterizzato dalla paura, l’ostilità, il distacco, il sospetto e il timore⁽¹⁹⁾. I malati di mente sono i lebbrosi della società.

Che tali atteggiamenti infettino la popolazione generale forse non ci sorprende, ci infastidisce soltanto. Ma che colpiscano anche i professionisti — inservienti, infermieri, medici, psicologi e assistenti sociali — che curano e seguono i malati di mente è più sconcertante, sia perché tali atteggiamenti sono palesemente perniciosi, sia perché sono inconsapevoli. La maggior parte dei professionisti della salute mentale ribadirebbe di essere comprensivo verso i malati di mente, e di non essere né schivo né ostile nei loro confronti. Ma è più probabile che le loro relazioni con i pazienti psichiatrici siano caratterizzate da una raffinata ambivalenza, e che la loro dichiarata propensione costituisca solo una parte del loro atteggiamento complessivo. Gli atteggiamenti negativi sono anch’essi presenti, e possono essere facilmente individuati. Simili atteggiamenti non dovrebbero sorprendervi. Essi sono il prodotto naturale delle etichette indossate dai pazienti e dei luoghi in cui questi si trovano.

Consideriamo la struttura del tipico ospedale psichiatrico. Il personale ed i pazienti sono rigorosamente separati. Il personale ha il proprio spazio vitale, comprese le loro sale da pranzo, i bagni e luoghi di riunione. I locali vetrati che ospitano lo staff professionale — che gli pseudopazienti hanno soprannominato “la gabbia” — si affacciano su ogni area comune dei pazienti. Il personale emerge da essi principalmente ai fini dell’assistenza — per dare i farmaci, per condurre una terapia o una riunione di gruppo, per istruire o rimproverare un paziente. Altrimenti, i membri del personale stanno tra di loro, come se i disturbi di cui si devono occupare fossero in qualche modo contagiosi.

La segregazione tra pazienti e personale è talmente la norma che, per i quattro ospedali pubblici in cui si è tentato di misurare il grado in cui personale e pazienti si mescolano, è stato necessario impiegare come metro operativo i “periodi di fuoriuscita dalla gabbia del personale”. Nonostante il fatto che non tutto il tempo trascorso fuori della gabbia fosse dedicato al contatto con i pazienti (gli inservienti, per esempio, a volte uscivano per guardare la televisione in soggiorno), era l’unico modo per raccogliere dati temporali affidabili ai fini della misurazione.

La quantità media di tempo trascorso al di fuori della gabbia dagli inservienti è stato dell’11,3 per cento (intervallo: dal 3 al 52 per cento). Questa cifra non rappresenta solamente il tempo trascorso a socializzare con i pazienti, comprende anche il tempo dedicato a sbrigare faccende quali piegare il bucato, supervisionare i pazienti mentre si radono, dirigere le pulizie del reparto, e mandare i pazienti alle attività esterne al reparto. Era l’inserviente occasionale, relativamente raro,

18 Il più recente e spiacevole esempio di questa convinzione è quello del Senatore Thomas Eagleton.

[N.d.T.:] Thomas Francis Eagleton (1929–2007) fu un senatore statunitense dal 1968 al 1987; nel 1972 divenne il candidato dei Democratici alla vicepresidenza, finché George McGovern (all’epoca candidato dei Democratici alla presidenza) non scoprì che Eagleton aveva taciuto riguardo ai propri trascorsi psichiatrici, e gli chiese di dimettersi dalla candidatura. Prima della rivelazione psichiatrica, McGovern aveva dichiarato pubblicamente di sostenere Eagleton “al 1000 per cento.”

19T. R. Sarbin e J. C. Mancuso, *J. Clin. Consult. Psychol.* **35**, 159 (1970); T. R. Sarbin, *ibid.* **31**, 447 (1967); J. C. Nunnally, Jr., *Popular Conceptions of Mental Health* (Holt, Rinehart & Winston, New York, 1961).

quello che dedicava tempo a parlare con i pazienti o giocare con loro. Si è rivelato impossibile ottenere una “percentuale dei tempi di interazioni personale” per gli infermieri, la quantità di tempo che trascorrevano fuori della gabbia era troppo breve. Piuttosto, abbiamo contato il numero di volte che uscivano dalla loro gabbia. In media, gli infermieri diurni emergevano dalla gabbia 11,5 volte per turno, incluse le occasioni in cui uscivano completamente dal reparto (intervallo: 4-39 volte). Gli infermieri serali e notturni erano ancora meno disponibili, emergendo in media 9,4 volte per turno (intervallo: 4-41 volte). I dati relativi agli infermieri del mattino, che solitamente arrivavano dopo la mezzanotte e smontavano alle otto, non sono disponibili perché i pazienti erano a dormire durante buona parte di questo arco temporale.

I medici, in particolare gli psichiatri, erano ancor meno reperibili. Era raro vederli in reparto. Sovente, li si vedeva soltanto quando entravano in servizio e quando smontavano, il resto del tempo lo passavano in ufficio o nella gabbia. In media, i medici emergevano nel reparto 6.7 volte al giorno (intervallo: 1-17 volte). Si è rivelato difficile fare una stima precisa al riguardo, dal momento che i medici spesso avevano un orario che gli permetteva di entrare e uscire in tempi diversificati.

L'organizzazione gerarchica dell'ospedale psichiatrico è stata commentata in precedenza ⁽²⁰⁾, ma il significato latente di questa tipologia organizzativa merita ulteriori commenti. Coloro che detengono più potere sono meno coinvolti con i pazienti, e quelli che ne hanno meno sono più coinvolti con essi. Ricordiamoci, tuttavia, che l'acquisizione dei comportamenti appropriati al ruolo avviene principalmente attraverso l'osservazione degli altri, e che i più potenti hanno un'influenza maggiore. Di conseguenza, è comprensibile che gli inservienti non solo trascorrono più tempo con i pazienti di quanto non facciano altri membri del personale — come richiesto dalla loro posizione gerarchica — ma anche che, nella misura in cui imparano dai comportamenti dei loro superiori, trascorrono con essi meno tempo possibile. Gli inservienti li ritroviamo perlopiù nella gabbia, sede dei modelli, dell'azione, e del potere.

Passo ora ad un diverso insieme di studi, concernenti le risposte del personale al contatto stabilito dal paziente. È da lungo risaputo che la quantità di tempo che una persona trascorre con voi può essere indice dell'importanza che vi attribuisce. Se ella avvia e mantiene il contatto oculare, vi è motivo di credere che stia prendendo in considerazione le vostre richieste ed esigenze. Se per chiacchierare con voi si concede una breve pausa, o si ferma con voi a parlare, vi sono ulteriori motivi per dedurre che stia cercando di conoscervi. In quattro ospedali, gli pseudopazienti approcciarono i membri del personale con una richiesta che aveva questa forma: «Mi scusi, signor [o Dott., o Signora/ina] X, mi può dire quando avrò diritto a spostarmi fuori dal reparto?» (o “... quando verrò presentato in occasione della riunione del personale?” o “... quando crede che verrò dimesso?”). Mentre il contenuto della domanda variava secondo l'adeguatezza dell'obiettivo e dei bisogni (apparenti) dello pseudopaziente, la forma era sempre quella di una richiesta di informazioni cortese e pertinente. Si è avuto cura di non approcciare mai un determinato membro del personale più di una volta al giorno, onde evitare che questi si insospettisse o infastidisse. Nell'analisi di questi dati si tenga a mente che il comportamento degli pseudopazienti non era né bizzarro né arrecava disturbo. C'erano i presupposti per intavolare una buona conversazione con loro.

I dati di questi esperimenti sono riportati nella [Tabella 1](#), separatamente per i medici (colonna 1) e per infermieri e assistenti (colonna 2). Le piccole differenze riscontrate tra i quattro istituti sono offuscate dal grado in cui il personale evitava il prolungamento del contatto avviato dai pazienti. Di gran lunga, la loro reazione più frequente consisteva o in una breve risposta alla domanda, proferita

20 A. H. Stanton e M. S. Schwartz, *The Mental Hospital: A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment* (Basic, New York, 1954).

mentre erano “indaffarati” e con la testa rivolta altrove, oppure nessuna risposta.

L'incontro spesso assumeva la seguente forma bizzarra: (pseudopaziente) “Mi scusi, dottor X. Potrebbe dirmi quando avrò diritto a spostarmi fuori dal reparto?” (medico) “Buon giorno, Dave. Come stai oggi?” (Se ne va senza aspettare una risposta.)

È istruttivo confrontare questi dati con i dati recentemente ottenuti alla Stanford University. È stato affermato che le università grandi ed eminenti sono caratterizzate da docenti così impegnati da non avere tempo per gli studenti. Per il confronto, una giovane donna approcciò singoli docenti che sembravano camminare diretti verso qualche riunione o impegno di insegnamento, e pose loro le seguenti sei domande.

1. “Mi scusi, potrebbe indicarmi l’aula magna?” (alla scuola di medicina “... il Centro di Ricerche Cliniche?”).
2. “Sa dirmi dov’è il Padiglione Fish?” (non c’è alcun Padiglione Fish alla Stanford).
3. “Lei insegna qui?”
4. “Come si fa la domanda per l’ammissione all’università?” (alla facoltà di medicina “... alla facoltà di medicina?”).
5. “È difficile entrare?”
6. “Ci sono aiuti finanziari?”

Senza eccezioni, come si può constatare nella [Tabella 1](#) (colonna 3), tutte le domande ricevettero risposta. Non importa quanto di fretta andassero, tutte le persone interpellate non solo mantennero il contatto oculare, ma si fermarono per rispondere. In effetti, molti degli interpellati deviarono dal loro percorso per offrire direzioni, per condurre l’interlocutrice all’ufficio che cercava, per cercare di individuare il “Padiglione Fish”, o per discutere con lei le possibilità di ammissione all’università.

Dati simili, anch’essi mostrati nella [Tabella 1](#) (colonne 4, 5 e 6), sono stati ottenuti in ospedale. Anche in questo caso, la giovane donna venne preparata con sei domande. Dopo la prima domanda, tuttavia, disse a 18 dei suoi interlocutori (colonna 4), “Sto cercando uno psichiatra”, e ad altri 15 (colonna 5), “sto cercando un internista”. Dieci altri interlocutori non ricevettero alcun commento aggiuntivo (colonna 6). Il grado generale di risposte cooperative è notevolmente più elevato per questi gruppi universitari di quanto non lo fosse per gli pseudopazienti negli ospedali psichiatrici. Anche così, spiccano le differenze nel setting della facoltà di medicina. Dopo aver indicato di essere in cerca di uno psichiatra, il grado di cooperazione elicitato era inferiore rispetto a quando era in cerca di un internista.

Impotenza e Depersonalizzazione

Il contatto oculare e verbale riflettono preoccupazione e individuazione; la loro assenza, evitamento e spersonalizzazione. I dati che ho presentato non rendono giustizia alla ricchezza degli incontri quotidiani sviluppatasi intorno alla materia della spersonalizzazione e dell’evitamento. Ho documentazioni di pazienti che sono stati picchiati dal personale per aver commesso il peccato di dare il via al contatto verbale. Durante la mia esperienza personale, per esempio, un paziente fu

picchiato in presenza di altri pazienti per aver avvicinato un inserviente e avergli detto: “Mi piaci.” A volte, la punizione inflitta ai pazienti per le infrazioni sembravano così eccessive da non essere giustificabili neanche dalle interpretazioni più radicali del canone psichiatrico. Tuttavia, sembrava che non venissero messe in discussione. Sovente, la pazienza era al limite. Un paziente che non aveva sentito la chiamata per la distribuzione della terapia veniva rimproverato duramente, e gli inservienti del mattino spesso svegliano i pazienti con un: “Muovetevi, brutti fi__i di p__ana, alzatevi dal letto!”

Né gli aneddoti né i dati “solidi” sono in grado di trasmettere lo schiacciante senso di impotenza che pervade l’individuo continuamente esposto alla spersonalizzazione dell’ospedale psichiatrico. Poco importa di *quale* ospedale psichiatrico si tratti — le cliniche statali d’eccellenza e quelle private di gran lusso si rivelarono migliori di quelle rurali e fatiscenti a questo riguardo, ma, ancora una volta, le caratteristiche comuni agli ospedali psichiatrici erano tali da mettere in secondo piano le loro apparenti differenze.

Il senso d’impotenza era evidente ovunque. Con l’internamento psichiatrico, il paziente viene spogliato di parecchi diritti giuridici⁽²¹⁾. Viene privato della propria credibilità in virtù della sua etichetta psichiatrica. La sua libertà di movimento è limitata. Non gli è concesso di stabilire contatto con il personale, può solo rispondere agli approcci da parte loro. La privacy personale è ridotta al minimo. Qualsiasi membro dello staff può entrare negli alloggi dei pazienti, ed esaminare i loro possedimenti, per qualsivoglia motivo. La sua storia personale e la sua sofferenza sono accessibili a qualsiasi membro del personale (spesso, anche ai volontari) che decida di leggere la sua cartella clinica, indipendentemente dalla loro relazione terapeutica con lui. Sovente, viene monitorato durante le attività di igiene personale e di evacuazione. I gabinetti possono essere privi di porte.

A volte, la depersonalizzazione raggiunse proporzioni tali che gli pseudopazienti ebbero l’impressione di essere invisibili, o per lo meno indegni di nota. All’atto del ricovero, io e altri pseudopazienti fummo sottoposti alle visite mediche preliminari in una stanza semi-pubblica, dove i membri del personale svolgevano le loro attività come se noi non esistessimo.

Nel reparto, gli inservienti elargivano insulti — e a volte anche gravi abusi fisici — ad alcuni pazienti, il tutto di fronte agli altri pazienti che assistevano alla scena, e alcuni (gli pseudopazienti) che trascrivevano il tutto. Gli abusi, d’altro canto, cessavano bruscamente quando si sapeva che stavano per arrivare altri membri dello staff. I membri del personale sono testimoni credibili. I pazienti non lo sono.

Un’infermiera si sbottonò la divisa per aggiustarsi il reggiseno di fronte a un intero reparto di uomini che guardavano. Non dava l’impressione di voler essere seducente. Piuttosto, non faceva caso alla nostra presenza. Accadeva che un gruppo di membri dello staff indicasse un paziente nel soggiorno e discutesse animatamente di lui, come se questi non si trovasse lì.

Un esempio illuminante di spersonalizzazione e invisibilità si è verificato per quanto riguarda i farmaci. Complessivamente, agli pseudopazienti furono somministrate circa 2.100 pillole, tra cui Elavil, Stelazine (triflupromazina), Compazine (proclorperazina), e Torazina (clorpromazina), per citarne solo alcuni. (Che una tale varietà di farmaci venisse somministrata a pazienti che presentavano sintomi identici è di per sé degno di nota). Solo due furono inghiottite. Il resto vennero o intascate o gettate nel gabinetto. Gli pseudopazienti non erano gli unici a farlo. Pur non avendo dati precisi su quanti pazienti gettavano via i farmaci, gli pseudopazienti prima di gettare le proprie pastiglie trovavano spesso farmaci di altri pazienti nel gabinetto. Fintanto che si mostravano

21D. B. Wexler and S. E. Scoville, *Ariz. Law Rev.* **13**, 1 (1971).

cooperativi il loro comportamento e quello degli pseudopazienti passava del tutto inosservato in questi frangenti, così come in altri frangenti importanti.

Le reazioni degli pseudopazienti a questa spersonalizzazione furono intense. Anche se erano giunti in clinica come osservatori partecipanti ed erano pienamente consapevoli della loro “non appartenenza”, si ritrovarono tuttavia imbrigliati nel processo di spersonalizzazione, e a combatterlo. Ecco alcuni esempi: uno studente laureato in psicologia chiese alla moglie di portargli in ospedale i suoi libri di testo in modo da poter “recuperare con gli studi” — questo nonostante le elaborate precauzioni intraprese per occultare la sua associazione professionale. Lo stesso studente, che si era allenato a lungo per entrare in ospedale, e che aveva atteso con entusiasmo l’esperienza, “si ricordò” di alcune gare automobilistiche a cui voleva assistere nel fine settimana e insistette per essere dimesso in tempo. Un altro pseudopaziente si mise a corteggiare un’infermiera. Successivamente, informò il personale che stava facendo domanda per l’ammissione alla scuola di specializzazione in psicologia e che era molto probabile che sarebbe stato ammesso dato che uno dei professori lo veniva a trovare regolarmente in ricovero. La stessa persona iniziò a far psicoterapia agli altri pazienti — tutto questo come un modo di diventare una persona in un ambiente impersonale.

Le Cause della Spersonalizzazione

Quali sono le origini della spersonalizzazione? Ne ho già menzionate due. In primo luogo sono gli atteggiamenti che tutti noi riserviamo ai malati mentali — inclusi quelli che li hanno in cura — atteggiamenti caratterizzati da paura, diffidenza, aspettative orribili, da un lato, e intenzioni benevole, dall’altro. La nostra ambivalenza conduce, in questo caso come in altri, all’evitamento.

In secondo luogo, e non del tutto separatamente, la struttura gerarchica dell’ospedale psichiatrico facilita la spersonalizzazione. Coloro che sono ai vertici sono quelli che hanno meno a che fare con i pazienti, e il loro comportamento ispira il resto del personale. Il contatto quotidiano medio con psichiatri, psicologi, residenti e medici, combinato, variava da 3,9 a 25,1 minuti, con una media complessiva di 6,8 (sei pseudopazienti su un totale di 129 giorni di ricovero). Inclusi in questa media sono il tempo trascorso nel primo colloquio dell’ammissione, nelle riunioni di reparto in presenza di un membro del personale di alto livello, negli incontri di psicoterapia di gruppo e individuali, nelle riunioni dedicate al caso clinico e in quelle per le dimissioni. Chiaramente, i pazienti non trascorrono molto tempo nel contatto interpersonale con il personale medico. E il personale medico funge da modello per infermieri e inservienti.

Probabilmente ci sono anche altre fonti. Le strutture psichiatriche sono attualmente in gravi ristrettezze finanziarie. La carenza di personale è pervasiva, i turni lavorativi in straordinario. A qualcosa si deve rinunciare, e quel qualcosa sono i contatti con i pazienti. Tuttavia, nonostante le tensioni finanziarie siano reali, si tende a sopravvalutarle. Ho l’impressione che le forze psicologiche che determinano la spersonalizzazione siano molto più forti di quelle economiche, e che un incremento del personale non apporterebbe un miglioramento delle attenzioni verso i pazienti. La frequenza delle riunioni del personale e la mole di annotazioni cliniche sui pazienti, per esempio, non sono state ridotte nella misura in cui lo sono stati i contatti con i pazienti. Esistono priorità, anche nei momenti difficili. I contatti con i pazienti non sono una priorità importante nell’ospedale psichiatrico tradizionale, e le pressioni economiche non hanno alcun ruolo in questo. L’evitamento e la spersonalizzazione, invece, potrebbero.

Il marcato affidamento ai farmaci psicotropi contribuisce tacitamente alla spersonalizzazione convincendo il personale che le cure sono a tutti gli effetti in corso e che ulteriori contatti con i

pazienti sarebbero superflui. Anche qui, tuttavia, bisogna procedere con cautela nella comprensione del ruolo dei farmaci psicotropi. Se i pazienti fossero in una posizione di potere, anziché in una di impotenza, se fossero visti come individui interessanti, anziché come entità diagnostiche, se fossero socialmente significativi, anziché lebbrosi sociali, e se le loro angosce suscitassero veramente e appieno la nostra simpatia e preoccupazione, non *cercheremmo* dunque il contatto con loro, nonostante la disponibilità di farmaci? Se non altro, perché sarebbe piacevole?

Le Conseguenze dell' Etichettatura e della Spersonalizzazione

Ogni volta che il rapporto tra ciò che è conosciuto e ciò che deve essere conosciuto si avvicina allo zero, tendiamo a inventare la “conoscenza” e a presumere di aver compreso più di quanto in realtà abbiamo compreso. Sembriamo incapaci di riconoscere che noi semplicemente non lo sappiamo. Le esigenze per la diagnosi e per la soluzione dei problemi comportamentali ed emotivi sono enormi. Ma anziché riconoscere che ci stiamo appena imbarcando nella comprensione, seguiamo ad etichettare i pazienti “schizofrenici”, “maniacodepressivi” e “folli”, come se in quelle parole avessimo catturato l'essenza della comprensione. I fatti sull'argomento sono che sappiamo già da molto tempo che le diagnosi sono spesso inutili e inaffidabili, ma abbiamo comunque continuato ad usarle. Ora sappiamo di non essere capaci di distinguere la follia dalla sanità mentale. È deprimente considerare come verranno utilizzate quelle informazioni.

Non solo deprimente, ma spaventoso. Quante persone, vien da chiedersi, sono sane di mente ma non riconosciute come tali nei nostri istituti psichiatrici? Quante sono state inutilmente spogliate dei loro privilegi di cittadinanza — dal diritto al voto e alla guida a quello di gestire i propri conti? Quanti hanno simulato la follia, al fine di evitare le conseguenze penali del loro comportamento, e, viceversa, quanti preferirebbero affrontare un processo che vivere interminabilmente in un ospedale psichiatrico — ma vengono erroneamente considerati malati di mente? Quanti sono stati stigmatizzati da diagnosi che, per quanto formulate con buone intenzioni, sono tuttavia errate? Riguardo a quest'ultimo punto, rammentatevi ancora una volta che un “errore di tipo 2” nelle diagnosi psichiatriche non ha le stesse conseguenze che ha nelle diagnosi mediche. Una diagnosi di cancro rivelatasi erronea è motivo di festeggiamento. Ma le diagnosi psichiatriche vengono raramente smentite. L'etichetta resta appiccicata, per sempre un marchio di inadeguatezza.

Infine, quanti pazienti potrebbero essere “sani di mente” al di fuori dell'ospedale psichiatrico, ma sembrano folli al suo interno — non perché la follia risiede in loro, per così dire, bensì perché stanno rispondendo a un ambiente bizzarro, che può essere esclusivo delle istituzioni che accolgono sub-persone? Goffman (4) chiama il processo di socializzazione in tali istituti “mortificazione” — un'appropriata metafora che comprende i processi di spersonalizzazione che sono stati qui descritti. E mentre è impossibile sapere se le risposte degli pseudopazienti a questi processi siano caratteristiche di tutti gli internati — essi, in fondo, non erano dei pazienti reali — vien difficile credere che questi processi di socializzazione in un ospedale psichiatrico forniscano atteggiamenti o abitudini di risposta utili per vivere nel “mondo reale”.

Sintesi e Conclusioni

È chiaro che non riusciamo a distinguere i sani dai malati di mente negli ospedali psichiatrici. L'ospedale in sé impone un ambiente speciale in cui il significato del comportamento può essere facilmente frainteso. Le conseguenze per i pazienti ricoverati in un simile ambiente — impotenza, spersonalizzazione, segregazione, mortificazione, e auto-etichettatura — sembrano indubbiamente anti-terapeutiche.

Neanche ora comprendo questo problema abbastanza bene da poter concepire delle soluzioni. Ma due punti sembrano offrire speranze. Il primo riguarda la proliferazione di strutture comunitarie per la salute mentale, dei centri crisi, del movimento per il potenziale umano, e delle terapie comportamentali che, nonostante tutte le loro problematiche, tendono ad evitare le etichette psichiatriche, a concentrarsi sui problemi e comportamenti specifici, e a mantenere l'individuo in un ambiente relativamente non spregiativo. Chiaramente, nella misura in cui ci asteniamo dall'inviare le persone angosciate nei luoghi folli, l'immagine che abbiamo di loro ha meno probabilità di essere distorta. (Il rischio di percezioni distorte, mi sembra, è sempre presente, visto che siamo molto più sensibili ai comportamenti e alle verbalizzazioni di un individuo che non ai sottili stimoli contestuali che spesso li promuovono. Ma qui si tratta di una questione di grandezza. E, come ho dimostrato, l'entità della distorsione è eccessivamente elevata nel contesto estremo dell'ospedale psichiatrico.)

Il secondo punto che potrebbe rivelarsi promettente riguarda la necessità di aumentare la sensibilità degli operatori della salute mentale e dei ricercatori riguardo la posizione di stallo *Comma 22* in cui vengono a trovarsi i pazienti psichiatrici. La semplice lettura di materiale sull'argomento sarà di aiuto per alcuni di questi operatori e ricercatori. Per altri, l'esperienza diretta dell'impatto del ricovero psichiatrico sarà di enorme utilità. Chiaramente, ulteriori ricerche sulla psicologia sociale di simili istituzioni totali agevolerà il trattamento e approfondirà la comprensione.

Io e gli altri pseudopazienti nelle strutture psichiatriche abbiamo avuto reazioni decisamente negative. Non pretendiamo di descrivere le esperienze soggettive dei veri pazienti. Le loro possono essere diverse dalle nostre, specialmente con il passare del tempo e l'inevitabile processo di adattamento al proprio ambiente. Ma possiamo parlare — e lo facciamo — attraverso gli indici, relativamente più oggettivi, del trattamento all'interno dell'ospedale. Sarebbe un errore increscioso considerare che quello che ci è capitato sia riconducibile alla malizia o alla stupidità del personale. Al contrario, la netta impressione che avemmo di loro è stata di persone che ci tenevano, che erano dedicate e che erano spiccatamente intelligenti. Laddove hanno fallito, come a volte è dolorosamente accaduto, sarebbe più corretto attribuire quei fallimenti all'ambiente in cui si sono ritrovati anche loro, piuttosto che all'insensibilità personale. Le loro percezioni e comportamenti erano controllati dalla situazione, piuttosto che motivati da una predisposizione malvagia. In un ambiente più benigno, meno legato alla diagnosi globale, i loro comportamenti e giudizi avrebbero potuto essere più benigni e efficaci.

D. L. Rosenhan (²²)

22 Ringrazio W. Mischel, E. Orne, e M. S. Rosenhan per i loro commenti sulla prima bozza di questo manoscritto.

Tabella 1 — Contatti stabiliti dagli pseudopazienti con psichiatri, infermieri ed inservienti, paragonati ai contatti con altri gruppi.

Contatti	Ospedali Psichiatrici		Campus Universitari (non medicina)	Centro Medico Universitario		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Psichiatri	Infermieri e inservienti	Membri di facoltà	“Cercò uno psichiatra”	“Cercò un internista”	Nessun commento aggiuntivo
Risposte						
Procede oltre, distoglie lo sguardo (%)	71	88	0	0	0	0
Stabilisce contatto oculare (%)	23	10	0	11	0	0
Fa una pausa e chiacchiera (%)	2	2	0	11	0	10
			10		10	
Si ferma a parlare (%)	4	0,5	0	78	0	90
Media delle risposte date (su 6 domande)			6	3,8	4,8	4,5
Hanno risposto (Num.)	13	47	14	18	15	10
Tentativi (Num.)	18	12				
Non applicabile.	5	83	14	18	15	10

Note e Riferimenti

Articolo

¹ P. Ash, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* **44**, 272 (1949); A. T. Beck, *Amer. J. Psychiat.* **119**, 210 (1962); A. T. Boisen, *Psychiatry* **2**, 233 (1938); N. Kreitman, *J. Ment. Sci.* **107**, 876 (1961); N. Kreitman, P. Sainsbury, J. Morrissey, J. Towers, J. Scrivener, *ibid.*, p. 887; H. O. Schmitt e C. P. Fonda, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* **52**, 262 (1956); W. Seeman, *J. Nerv. Ment. Dis.* **118**, 541 (1953). Per un'analisi di questi artefatti e una sintesi delle dispute, vedi J. Zubin, *Annu. Rev. Psychol.* **18**, 373 (1967); L. Phillips and J. G. Draguns, *ibid.* **22**, 447 (1971).

² R. Benedict, *J. Gen. Psychol.* **10**, 59 (1934).

³ Vedi a proposito H. Becker, *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance* (Free Press, New York, 1963); B. M. Braginsky, D. D. Braginsky, K. Ring, *Methods of Madness: The Mental Hospital as a Last Resort* (Holt, Rinehart & Winston, New York, 1969); G. M. Crocetti e P. V. Lemkau, *Amer. Sociol. Rev.* **30**, 577 (1965); E. Goffman, *Behavior in Public Places* (Free Press, New York, 1964); R. D. Laing, *The Divided Self: A Study of Sanity and Madness* (Quadrangle, Chicago, 1960); D. L. Phillips, *Amer. Sociol. Rev.* **28**, 963 (1963); T. R. Sarbin, *Psychol. Today* **6**, 18 (1972); E. Schur, *Amer. J. Sociol.* **75**, 309 (1969); T. Szasz, *Law, Liberty and Psychiatry* (Macmillan, New York, 1963); *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Mental Illness* (Hoeher-Harper, New York, 1963). Per una critica di alcune di queste opinioni, vedi W. R. Gove, *Amer. Sociol. Rev.* **35**, 873 (1970).

⁴ E. Goffman, *Asylums* (Doubleday, Garden City, N.Y., 1961).

⁵ T. J. Scheff, *Being Mentally Ill: A Sociological Theory* (Aldine, Chicago, 1966).

⁶ I dati di un nono pseudopaziente non sono stati inclusi in questa relazione poiché, nonostante la sua sanità mentale non venne individuata, egli falsificò alcuni aspetti della sua storia personale, inclusi il suo stato coniugale e i legami genitoriali. I suoi comportamenti sperimentali non erano quindi identici a quelli degli altri pseudopazienti.

⁷ A. Barry, *Bellevue Is a State of Mind* (Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1971); I. Belknap, *Human Problems of a State Mental Hospital* (McGraw-Hill, New York, 1956); W. Caudill, F. C. Redlich, H. R. Gilmore, E. B. Brody, *Amer. J. Orthopsychiat.* **22**, 314 (1952); A. R. Goldman, R. H. Bohr, T. A. Steinberg, *Prof. Psychol.* **1**, 427 (1970); privo di autore, *Roche Report* **1** (No. 13), 8 (1971).

⁸ Oltre alle difficoltà personali che lo pseudopaziente verosimilmente affronterà in ospedale, ve ne sono anche alcune legali e sociali che, abbinatamente, richiedono considerevole attenzione prima dell'ingresso. Per esempio, una volta ricoverato in un istituto psichiatrico è difficile, se non impossibile, essere dimessi con breve preavviso, nonostante la legge statale lo preveda. Al principio del progetto non prestai attenzione a queste difficoltà, né alle emergenze personali e situazionali che possono verificarsi, ma in seguito venne preparato un ordine di *habeas corpus* per ciascun pseudopaziente che veniva ricoverato e garantimmo la reperibilità di un avvocato durante ogni ricovero. Sono grato a John Kaplan e Robert Bartels per i consigli e l'assistenza legale forniteci in materia.

⁹ Per quanto questo occultamento possa essere di cattivo gusto, costituì un primo passo necessario per esaminare questi quesiti. Senza l'occultamento non vi sarebbe stato alcun modo di conoscere la validità di queste esperienze; né vi sarebbe stato alcun modo di sapere se gli eventuali smascheramenti andavano attribuiti all'acume diagnostico del personale o alla rete di pettegolezzi dell'ospedale. Ovviamente, dato che le mie preoccupazioni sono di un carattere generale che trascende gli specifici ospedali e membri del personale, ho rispettato il loro anonimato ed eliminato quegli indizi che potrebbero condurre alla loro identificazione.

¹⁰ È interessante notare che dei 12 ricoverati, 11 furono diagnosticati schizofrenici e uno, con la stessa identica sintomatologia, come psicotico maniaco-depressivo. Quest'ultima diagnosi, che ha una prognosi più favorevole, fu effettuata nell'unico ospedale privato del campione. Riguardo le relazioni tra classe sociale e diagnosi psichiatrica, vedi A. deB. Hollingshead e F. C. Redlich, *Social Class and Mental Illness: A Community Study* (Wiley, New York, 1958).

¹¹ È ovviamente possibile che i pazienti siano di larga manica riguardo le diagnosi e che siano quindi propensi a definire sane molte persone, anche quelle il cui comportamento è palesemente anomalo. Comunque, pur non avendo a disposizione dati solidi sull'argomento, abbiamo avuto la netta impressione che non era questo il motivo. In molte occasioni, i pazienti non solo fecero di noi gli oggetti della loro attenzione esclusiva, ma finirono anche per imitare i nostri comportamenti e il nostro stile.

¹² J. Cumming and E. Cumming, *Community Ment. Health* **1**, 135 (1965); A. Farina e K. Ring, *J. Abnorm. Psychol.* **70**, 47 (1965); H. E. Freeman e O. G. Simmons, *The Mental Patient Comes Home* (Wiley, New York, 1963); W. J. Johannsen, *Ment. Hygiene* **53**, 218 (1969); A. S. Linsky, *Soc. Psychiat.* **5**, 166 (1970).

¹³ S. E. Asch, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* **41**, 258 (1946); *Social Psychology* (Prentice-Hall, New York, 1952).

¹⁴ Vedi anche I. N. Mersh e J. Wishner, *J. Personality* **16**, 188 (1947); J. Wishner, *Psychol. Rev.* **67**, 96 (1960); J. S. Bruner e R. Tagiuri, in *Handbook of Social Psychology*, G. Lindzey. Ed. (Addison-Wesley, Cambridge, Mass., 1954), vol. 2, pp. 634-654; J. S. Bruner, D. Shapiro, R. Tagiuri, in *Person Perception and Interpersonal Behavior*, R. Tagiuri e L. Petruzzo, Eds, (Stanford Univ. Press, Stanford, Calif., 1958), pp. 277-288.

¹⁵ Per un esempio di una simile profezia autoavverante, in questo caso riguardante il tratto “centrale” dell’intelligenza, vedi R. Rosenthal e L. Jacobson, *Pygmalion in the Classroom* (Holt, Rinehart & Winston, New York, 1968).

¹⁶ E. Zigler e L. Phillips, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* **63**, 69 (1961). Vedi anche R. K. Freudenberg e J. P. Robertson, *A.M.A. Arch. Neurol. Psychiatr.* **76**, 14 (1956).

¹⁷ W. Mischel, *Personality and Assessment* (Wiley, New York, 1968).

¹⁸ Il più recente e spiacevole esempio di questa convinzione è quello del Senatore Thomas Eagleton.

[N.d.T.:] Thomas Francis Eagleton (1929–2007) fu un senatore statunitense dal 1968 al 1987; nel 1972 divenne il candidato dei Democratici alla vicepresidenza, finché George McGovern (all’epoca candidato dei Democratici alla presidenza) non scoprì che Eagleton aveva taciuto riguardo ai propri trascorsi psichiatrici, e gli chiese di dimettersi dalla candidatura. Prima della rivelazione psichiatrica, McGovern aveva dichiarato pubblicamente di sostenere Eagleton “al 1000 per cento.”

¹⁹ T. R. Sarbin e J. C. Mancuso, *J. Clin. Consult. Psychol.* **35**, 159 (1970); T. R. Sarbin, *ibid.* **31**, 447 (1967); J. C. Nunnally, Jr., *Popular Conceptions of Mental Health* (Holt, Rinehart & Winston, New York, 1961).

²⁰ A. H. Stanton e M. S. Schwartz, *The Mental Hospital: A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment* (Basic, New York, 1954).

²¹ D. B. Wexler and S. E. Scoville, *Ariz. Law Rev.* **13**, 1 (1971).

²² Ringrazio W. Mischel, E. Orne, e M. S. Rosenhan per i loro commenti sulla prima bozza di questo manoscritto.