

---

# Il paradosso della nosografia psichiatrica del XXI secolo

di *Gennaro Iorio\** e *Nicola Iorio\*\**

La psichiatria, che nel corso dei secoli ha dovuto superare non pochi pregiudizi prima di entrare a pieno titolo entro i confini precisi e ben delineati della scienza medica, ha conosciuto, per questo, vari momenti critici, dove si sono intrecciati interpretazioni, spiegazioni e approcci terapeutici spesso contrapposti, alcuni derivabili da ambiti culturali, tutt'altro che scientifici.

La parola psichiatria deriva dal greco e significa cura dell'anima, termine che di per sé esprime uno scopo di notevole ambizione, nonché, un percorso difficile ed un traguardo non facili da raggiungere, senza un bagaglio culturale, che vada ben oltre le informazioni esclusivamente fornite dalla biologia. Comunità umane antiche riferivano la malattia mentale a particolari legami con la divinità o il demone di turno.

Nonostante tutto, il pensiero greco aveva già indicato alcune cause naturali nella presenza di malattie mentali nell'individuo. Fu Ippocrate il primo a parlare di cause organiche, definendo i famosi quattro stati temperamentali precisi: il malinconico (eccesso bilioso), il collerico (eccesso di bile gialla), il flemmatico (eccesso di flegma) ed il sanguigno (eccesso di sangue).

Da allora la psichiatria ha continuato a conoscere nel tempo modalità di studio, considerazioni e speculazioni di varia natura, che l'hanno collocata, a volte, un po' ai margini dei canoni classici delle scienze esatte. La colpa di tutto ciò non risiede tanto nelle caratteristiche del suo oggetto di studio, influenzate da un connaturale pluralismo fattoriale, quanto nel radicalismo

\* Professore aggregato di Psichiatria, Clinica psichiatrica – Dipartimento di Salute Mentale e Fisica e Medicina Preventiva – Seconda Università degli Studi di Napoli.

\*\* Medico specializzando in Psichiatria, Clinica psichiatrica – Dipartimento di Salute Mentale e Fisica e Medicina Preventiva – Seconda Università degli Studi di Napoli.

ideologico e culturale di chi non ha saputo, sul piano epistemologico, integrarne i vari aspetti nell'ambito di una prospettiva globale, ove fosse salvaguardato il valore scientifico di ogni singolo elemento.

Condividiamo pienamente l'opinione di **R. Tissot**, quando afferma che la Psichiatria è una disciplina medica, che contempla lo studio delle disfunzioni inerenti le manifestazioni più evolute della vita e delle relative condotte terapeutiche. Dal momento che nella medicina non c'è niente che non sia biologico, l'aggiunta di biologico al termine di psichiatria dovrebbe costituire un pleonasma. Una biologia che rinunzia alla spiegazione della malattia mentale, dunque, delle manifestazioni dello spirito, della libertà dell'uomo, come del verso del poeta «mai una gittata di dadi abolirà il caso», è una biologia senza interesse. È ad ogni buon conto un'anti-biologia che appartiene al positivismo... Fondare la psichiatria su questo tipo di biologia fa correre due tipi di rischi. Il primo, di cui molti sono caduti vittime, è il riduzionismo. Questo, conformemente al procedimento cartesiano meccanicista, crede di spiegare il complesso per mezzo della composizione additiva del semplice. Infatti esso riduce il complesso al semplice senza spiegarlo, né comprenderlo, condannandolo, così, al dogmatismo. La biologia che postula la psichiatria è ancora in gran parte da farsi: è una biologia in divenire. Conoscere i limiti del proprio sapere ed il proprio procedimento epistemologico è importante per una disciplina in divenire. Per la medicina, troppo spesso, il biologico è il fisico-chimico, in cui si riassumerebbe il nostro sapere positivo. Ciò che si colloca fuori dei confini di questo tipo di biologia è vago e non sempre vero. Molte delle ipotesi e delle nozioni, alle quali la psichiatria fa riferimento, non sfuggono a queste considerazioni.

In ogni tempo la psichiatria è stata profondamente contrassegnata da questa dicotomia: far riferimento a un biologismo semplicista e semplificatore, incommensurabile al proprio oggetto o a delle spiegazioni vaghe, ma non sempre o solo parzialmente vere.

Evitato il riduzionismo, una biologia in divenire, troppo sicura di sé, fa ancora correre alla psichiatria un altro rischio: quello del totalitarismo. Ma il nostro ottimismo biologico non implica nessuna visione totalizzante e meno ancora totalitaria. Se può sembrare pericoloso ridurre tutti i comportamenti umani al biologico, è precisamente perché non si supera o si crede di non poter superare una biologia riduzionistica. Ora, nel concetto di psichiatria biologica, il termine biologico non ha che una funzione, quella, cioè, di ricollegare la psichiatria, così come la medicina, al cerchio delle scienze. Secondo questa prospettiva, elaborata da **J. Piaget**, vi è un rapporto di interdipendenza fra le varie branche della scienza. Se consideriamo, ad esempio, come punto di partenza su questo cerchio la psicologia, essa, nei suoi vari sforzi esplicativi, fa spesso riferimento alla biologia. A

sua volta, questa fa ricorso, per le sue spiegazioni, alla fisico-chimica. Ma la fisica si appoggia alla matematica, che, per i fautori della logistica, non è che una specializzazione della logica. Ora, spiegare la logica significa far ricorso alle leggi della psiche, significa, cioè, far ritorno alla psicologia. E così il cerchio delle scienze si chiude. In questo cerchio nessuna delle discipline che lo compone ha un ruolo privilegiato. Secondo Tissot, per la psichiatria, ricollegata al cerchio per mezzo della biologia, le scienze che si situano a valle o a monte, a seconda del senso impresso, la psicologia o la fisico-chimica sono simmetriche e di uguale importanza.

Per la psichiatria, la conoscenza del metabolismo neuronale, quella dei neurotrasmettitori, dei neuromodulatori, delle caratteristiche recettoriali, non ha nè maggiore, nè minore importanza della conoscenza delle operazioni del pensiero, di quella della modulazione delle nostre reazioni emozionali e dei nostri stili comportamentali. Ecco, quindi, dissolversi un'altra utopia, ancora oggi tenuta in piedi da un atteggiamento culturale anacronistico e fuorviante: quello che ancora sostiene la validità di un dibattito sulla dicotomia mente-corpo. Mantenere ancora viva una discussione su quale sia il limite fra lo psichico ed il biologico, significa rimanere ancorati agli schemi rigidi di un orientamento di pensiero pseudo-scientifico, che stenta ad evolversi, nella misura in cui rifugge da una riflessione critica.

Parlare di limite fra due entità, significa, prima di ogni altra cosa, riconoscere la piena autonomia ed indipendenza di ognuna di esse. Significa, cioè, avallare, nel nostro caso, il presupposto dell'esistenza autonoma di una psiche senza un cervello, o, viceversa, quello dell'esistenza di un cervello, che non contenga già nella sua struttura, le basi potenziali del futuro sviluppo psichico. Entrambi questi presupposti, per l'impossibilità di esistere l'uno indipendentemente dall'altro, reciprocamente si annullano, quindi, vanificando qualsiasi argomentazione dicotomica.

Ne consegue che lo studio dell'essere psichico, normale o patologico che sia, assume validità, solo nella misura in cui procede attraverso la simultanea conoscenza degli aspetti sia biologici, che psicologici, considerati tra di loro rigorosamente interdipendenti e inscindibili, nell'ottica di una prospettiva integrata di sviluppo.

La psichiatria, nel corso dei secoli, forse temendo la deriva meta-scientifica di alcuni orientamenti di studio al suo interno, ha sempre cercato di recuperare l'immagine della sua scientificità, riferendosi, troppo spesso, nei suoi studi, all'unica validità del modello biologico, identificando impropriamente il concetto di scientificità con quello derivabile in maniera esclusiva dal modello biologico. Così facendo, non ha considerato il rischio che si corre in questi casi di affermarne l'immagine contraria. La multifattorialità, che contribuisce alla determinazione dello sviluppo psichico, non

consente al pensiero logico-razionale l'ipotesi di una biologia omni-espliativa. Piaget affermava: «non vedo come la biologia potrà mai spiegare perché due più due fa quattro».

E noi aggiungiamo: «è un'utopia pensare che la biologia, possa arrivare mai a spiegare cos'è il libero arbitrio, il concetto di "felicità", troppo spesso confuso con il concetto di "benessere", quello di "amore", incautamente accostato a quello di "passione", così come sarebbe un'utopia far ricorso alla biologia per spiegare l'etica, lo sviluppo del pensiero filosofico o quello delle istanze religiose».

Lo studio e la ricerca in psichiatria non possono, quindi, non avvalersi dell'indispensabile integrazione di due modalità di indagine: il comprendere biologico ed il comprendere psicologico.

Quando queste due impostazioni di studio avanzano la pretesa di costruire in maniera separata, ognuna con i propri strumenti di indagine, la spiegazione di un evento psichico, causano i più grossi danni alla psichiatria: il riduzionismo, che si produce da un lato e dall'altro, compromette seriamente lo sviluppo della conoscenza in psicopatologia, determina errori diagnostici e terapeutici, offusca l'immagine scientifica stessa della psichiatria.

Eppure nel corso dell'evoluzione della sua stessa storia, la psichiatria, è sempre oscillata fra opposte tendenze di studio e, pur considerando sempre l'importanza etiopatogenetica di un'ipotesi multifattoriale, non ha mai smesso di privilegiare ora gli aspetti biologici, ora quelli psicologici, pur senza pervenire ad un radicalismo estremo.

Così facendo, è sempre rifuggita dal costruire una prospettiva veramente integrata di studio, dove la stretta interdipendenza tra i fattori biologici e psicologici apparisse come l'unico punto di riferimento, per qualsiasi spiegazione psicopatologica.

Forse non è esagerato dire che troppo spesso la psichiatria ha tradito la ricerca stessa della sua identità, non sapendola difendere, né da spiegazioni metapsicologiche che ne hanno compromesso l'aspetto scientifico, né da eccessi di biologismo, altrettanto deleteri, perché inadeguati a spiegare le ragioni di un fenomeno complesso. Né la psichiatria moderna è riuscita finora a definire e a difendere il confine tra la psicopatologia e una psicologia troppo interessata ad invadere il campo della patologia, senza possedere l'intero bagaglio di strumenti adeguati di studio e di valutazione.

Troppo spesso lo psichiatra, dimenticando la dimensione clinica della sua materia di studio, non si accorge di confondere il proprio ruolo con quello di biologo della mente, delegando ad altri il compito di completare con altre spiegazioni il profilo psicopatologico del disagio/disturbo psichico.

È in questo clima che si alimenta e prende forma la caratteristica

principale della psichiatria degli ultimi anni, che potremmo etichettare come psichiatria nosografica. Lo studioso, a questo punto, smette di indagare, esplorare, tentare di conoscere il complesso sistema che sottende le manifestazioni psichiche normali e patologiche, rinuncia a vivere una relazione terapeutica con l'altro, evita il lavoro di autoriflessione, particolarmente sulle emozioni suscitate dall'altro, diventando così un professionista che si estranea dal sistema relazionale, nel quale è inevitabilmente coinvolto, intento com'è ad estrapolare una diagnosi da un insieme di sintomi. Il suo compito, così, si semplifica enormemente: deve semplicemente provvedere a comporre una diagnosi sulla base di una serie di informazioni date (assemblate secondo i criteri dagli attuali sistemi di classificazione e variabili di volta in volta), attraverso un esercizio di selezione, sottrazione, inclusione o esclusione e trascurando contemporaneamente la conoscenza del significato e della modulazione del sintomo all'interno della struttura psico-socio-ambientale dell'individuo. Lo psichiatra rischia, così, di perdere quella specifica caratteristica di professionalità, che, a nostro avviso, non è possibile costruire sulla base di una sia pur ricca quantità di informazioni nozionistiche. Ed ecco, allora, come si costruisce la lontananza dal paziente, la perdita della motivazione del vero comprendere, che in psichiatria – è bene ricordarlo – va ben oltre il sintomo, il quale, in verità costituisce la periferia del problema e rappresenta nient'altro che il modo attraverso cui si manifesta il disagio.

Una psichiatria nosografica non è altro, secondo noi, che l'espressione di una tendenza ad assoggettare l'intera organizzazione di studio del disturbo psichico alle esigenze di una ricerca, troppo ispirata alla metodologia di indagine del modello biologico. In un contesto culturale, dominato dalle regole della globalizzazione, da problemi imperanti di natura economico-occupazionali, da politiche più tese a risolvere problemi di risanamento economico, che a rispondere alle esigenze più profonde della popolazione, sembra comprendersi anche la tendenza di una psichiatria poco interessata a scrutare e a meditare su ciò che avviene all'interno dello sviluppo intrapsichico dell'individuo, per proiettarsi sulla cultura delle immagini, dei dati statistici, delle rappresentazioni grafiche consentite dalle ultime novità tecnologiche, delle classificazioni, delle semplificazioni e del riduzionismo ispirato ai dati forniti dalla ricerca in campo psicofarmacologico. Da qui l'ostinata tendenza a circoscrivere entro confini rigidi, semplificati e, quindi, limitati (nonché arbitrari) la definizione di una diagnosi, l'errato isolamento del sintomo dalla struttura di personalità di base, nel quale inevitabilmente esso resta inscritto e definito, lo scarso rilievo attribuito alle patologie, prive di correlati biologici finora ipotizzati e la semplificazione di un'organizzazione complessa, quale l'apparato psichico.

Tutto ciò al fine di rendere confrontabile, misurabile, immaginariamente riproducibile e schematizzabile il disturbo psichico, favorendo, così, una ricerca, principalmente improntata sul modello biologico.

Ma non ci si accorge che quella presunta ricerca di una maggiore configurazione scientifica dell'immagine della psichiatria viene compromessa proprio da questa impostazione di studio, che trascura non pochi elementi, indispensabili alla conoscenza del divenire psichico nella sua globalità. Il rigore scientifico di una metodologia di studio in psichiatria non può ispirarsi esclusivamente alle regole del modello biologico. La riproducibilità o la prevedibilità di una reazione umana non la si potrà mai definire allo stesso modo di un evento biofisico studiato in laboratorio. L'interazione dell'ambiente con quelle che sono le leggi proprie di sviluppo dell'apparato psichico o la modulazione di uno schema mentale in funzione delle influenze esterne non potranno mai essere esplorate da un modello di studio di tipo biologico. Laddove la psichiatria dovesse ignorare queste nozioni epistemologiche, il suo percorso sarebbe, allora, inevitabilmente indirizzato alla deriva.

Nello stesso tempo, una simile modalità di studio favorisce il reclutamento di specialisti, poco inclini a comprendere ed a trattare il disagio/disturbo psichico, con la disponibilità all'incontro umano, con la capacità, cioè, di andare oltre gli schemi delle classificazioni, per incontrare l'altro nella sua storia, nei suoi bisogni, nelle motivazioni profonde del proprio malessere, in una sola parola, nella sua problematica esistenziale.

Una psichiatria, orientata in questa direzione, è un'anti-psichiatria, che arreca solo danni a se stessa. Sotto le mentite spoglie di una metapsicologia aridamente speculativa e di un atteggiamento di studio, teso al superamento del soggettivismo interpretativo, nonché al recupero di una maggiore consistenza scientifica, si cela, invece, una grande superficialità di approccio allo studio del paziente psichiatrico, espressione di una difficoltà ad andare oltre i confini dell'apparenza, per esplorare ciò che appartiene al mondo interiore del soggetto.

Dimenticare o sottovalutare la soggettività dell'essere umano, circoscrivere in maniera eccessiva o esclusiva la conoscenza di un disturbo psichico entro i confini di una diagnosi troppo standardizzata, fa correre alla psichiatria grossi rischi. Se da un lato questa tendenza limita la conoscenza psicopatologica del disturbo nel singolo soggetto, dall'altro compromette seriamente anche quella presunta omogeneità dei casi clinici ricercata nella maggior parte dei lavori di ricerca.

Con l'affermazione di una psichiatria nosografica, la tendenza alla descrizione prevarica il bisogno di spiegazione, la scelta artificiosa di assemblare in maniera quasi arbitraria dei sintomi, per ricavarne diagnosi, alcune delle quali solo apparentemente nuove, prende il sopravvento sull'esercizio

del comprendere; il rilievo e la polarizzazione sul sintomo sembrano cancellare il valore e l'enorme importanza dello studio della struttura di personalità, nel cui contesto esso si situa e trova spiegazione. Il momento attuale, sembra prevalere sulla storia di un individuo, l'enfatizzazione dell'etichetta diagnostica sembra cancellare la complessità del divenire, il concetto di definizione si sostituisce a quello di comprensione e, in alcuni casi, la ricerca ostentata di una nuova terminologia, non riflette la scoperta di novità cliniche. Quando Kraepelin nel 1910, denominò schizofrenia la vecchia *dementia praecox*, non aveva semplicemente introdotto una nuova terminologia; aveva corretto un errore di valutazione clinica.

Eugenio Borgna, commentando la quinta edizione del manuale di riferimento per la salute mentale nel mondo (DSM), così scrive:

La fame di ricette semplici trova nel DSM-5 la sua epifania più sconvolgente. Come già aveva scritto Kafka, è più facile prescrivere delle ricette, fare delle diagnosi che non, invece, ascoltare chi sta male, perché quest'ultima cosa esige tempo, esige attenzione, esige riflessione. Queste tavole della legge (il riferimento è ai criteri diagnostici) presentano solo paradigmi esteriori, perché sconfessano in partenza quello che dovrebbe essere il fondamento della psichiatria.

Solo un clinico, attento ai riflessi psichici del significato delle parole usate, al valore antropologico e culturale di una determinata forma di linguaggio e al riflesso emozionale di certe etichette diagnostiche, può testimoniare le drammatizzazioni elaborate dai pazienti stessi sulla diagnosi di *attacco di panico*, diventata oggi di uso corrente, in sostituzione di quella meno enfatizzata di *ansia somatizzata*. Chi è abituato ad utilizzare gli strumenti della psicoterapia, chi è abituato a esaminare gli aspetti psicopatologici di un disturbo psichico, chi si pone davanti al paziente con lo scopo di ascoltare, comprendere, sa bene quanto giovi al processo di miglioramento la sdrammatizzazione dei fenomeni psichici, tanto temuti, perché accostati, in gran parte dei casi alla *follia*. La diagnosi di *attacco di panico*, evocando un concetto di drammaticità, già per il significato che il termine *attacco* assume dentro e fuori l'ambito della medicina, non giova certo alla salute psichica delle persone e ci chiediamo, a questo punto, quali siano stati i vantaggi e l'utilità di aver coniato questo nuovo modo di definire *una crisi acuta di ansia somatizzata*.

Sembra, quasi, che la psichiatria, ferma oggi ad uno stadio poco prolifico delle sue conoscenze, allo scopo di superare la barriera delle spiegazioni metascientifiche, troppo vaghe ed inefficaci e perciò tesa a percorrere un cammino più razionale e *scientifico*, ma ancora ferma su quella che Marcello Pera qualche anno fa definiva *fase preparadigmatica* della psichiatria, cerchi basi più sicure, da un lato, all'interno di una biologia

tradizionale e, dall'altro, nell'ambito di una nosografia precisa, meticolosa, quasi esasperata.

La verosimiglianza di simili affermazioni la si può desumere dal tentativo da parte del National Institute of Mental Health di circoscrivere la diagnosi clinica dei disturbi psichici all'interno di nuovi criteri nosografici RDoC (Research Domain Criteria), ancora più estremi di quelli del DSM, ispirati all'individuazione di una sorta di nuovi "markers biologici", "bio-signatures" (variabili genetiche, abnorme produzione di certe proteine, pattern di neuroimaging, determinati tipi di risposte a test cognitivi, nonché ricerca di alcuni indicatori reperibili nel sangue o in altri fluidi biologici).

Questo riduzionismo biologico, che sembra addirittura ricordarci quello dei quattro stati temperamentali di Ippocrate, non ha nulla da invidiare a quello della fine dell'Ottocento e alle teorie del Lombroso; anzi esso è molto più pericoloso, perché camuffato sotto le mentite spoglie di una moderna veste scientifica. Con esso sembra quasi celebrarsi un addio alla psicopatologia, alla psicologia del profondo, alla relazione terapeutica, alla comprensione dell'essere umano inserito nel suo contesto storico-culturale.

È evidente che qui non si vuole negare l'importanza della ricerca biologica in psichiatria, ma contestare la dimensione epistemologica distorta che la sostiene, la modalità con la quale alcuni risultati da essa derivati diventano la spiegazione dell'intero sistema dell'essere psichico.

Chi pensa di studiare i sentimenti umani o il contenuto del pensiero, riducendoli a un gioco di alterazioni biologiche, ha una conoscenza estremamente limitata e falsificata dell'intero sviluppo psichico. Confondere il concetto di biologico con quello di "scientifico" è un grossolano errore epistemologico.

Sono facilmente immaginabili i danni che questi tipi di orientamenti di studio stanno creando e ulteriormente creeranno nell'ambito della conoscenza e del trattamento del disturbo psichico. Pensiamo, in particolare all'influenza negativa esercitata sulla formazione delle nuove generazioni di psichiatri, così addestrati a concepire la natura della psicopatologia legata prevalentemente, se non esclusivamente, al fattore biologico, a valutare la sofferenza psichica solo in termini di classificazione di sintomi e a concepire un trattamento solo di tipo farmacologico.

Questa psichiatria non si accorge che, in antitesi con la tendenza al superamento della stigmatizzazione della malattia mentale, promossa dall'innovativo movimento culturale dell'epoca basagliana in Italia, sta promuovendo oggi nuove forme di catalogazione e nuove etichette del disturbo psichico. In alcuni casi è riuscita addirittura a creare nuove categorie di *malattie psichiche* intorno a quelle che, non molto tempo fa, erano considerate semplici variabili di un fenomeno non certo drammatizzabile, come quello ansioso, o addirittura

a etichettare nuove forme di disturbi mentali (shopping compulsivo, dipendenza da internet...). Ascoltare un paziente, che oggi non espone più al terapeuta ciò che si sente, cioè la sintomatologia, ma direttamente l'etichetta diagnostica *io soffro di disturbi di attacco di panico, di DOC, di disturbo alimentare, di disturbo bipolare*, diagnosi ogni volta confermate perentoriamente dai vari terapeuti incontrati e senza che nella maggior parte dei casi gli sia mai stata spiegata quale sia la vera natura del suo disturbo, è veramente sconvolgente. Come sconvolgente è il vissuto di *malattia* che questi soggetti portano con loro, in sostituzione di quello di semplice disagio, per la tendenza assunta dalla moderna psichiatria a inquadrare e a definire tutto nei codici standardizzati di un sistema nosografico dominante, che ha completamente trascurato di sottolineare la differenza tra il concetto di normale e quello di patologico. Su questo vissuto è facile immaginare come tutto il quadro psicopatologico si aggravi, si complichino, si confonda, compromettendo alla fine anche l'esito dello stesso processo terapeutico.

Un altro aspetto, a dir poco sconvolgente, è la passiva abnegazione del pensiero psichiatrico ai concetti espressi da un'altra logica di pensiero, ispirata ad un ambito di studio, diverso da quello psichiatrico.

È disarmante il silenzio dello psichiatra di fronte all'espressione largamente diffusa a livello di mass-media della cosiddetta *pillola della felicità*. Sono facilmente intuibili gli interessi di una parte della ricerca scientifica a promuovere una simile definizione. Ma non è affatto giustificabile l'assenza di qualunque tipo di intervento da parte della psichiatria, teso a sfatare l'uso improprio di una terminologia da parte di *non addetti ai lavori* e incapaci di cogliere la differenza tra condizione di benessere ed il concetto di *felicità* (volendo escludere la "cattiva fede").

È altrettanto sconvolgente assistere all'immobilismo della moderna psichiatria di fronte alla propaganda di alcuni farmaci, indicati come utili o specifici in alcuni casi di fobie, come ad esempio nella fobia sociale.

Per avallare questo tipo di affermazione, bisognerebbe ammettere l'esistenza di recettori cerebrali per la fobia, ipotesi, a dir poco, ridicola, dal momento che quello della fobia è un concetto psicologico, corrispondente a una particolare elaborazione cognitiva, di un determinato oggetto o contesto, cui viene attribuito un significato di rischio e di pericolo, che in realtà non sussiste. Laddove, infatti la paura è inscritta nel meccanismo biologico di difesa comune a qualsiasi essere animale, all'atto della percezione di un rischio reale, la fobia, invece, è l'espressione dell'elaborazione cognitiva di un rischio presente, quindi, solo a livello immaginativo. Dal momento, quindi, che non esiste un recettore biologico per la fobia, di conseguenza non possono esistere farmaci specifici per la fobia (a maggior ragione per le sottospecie di fobia, come quella sociale).

Questa modalità di trattare i dati scientifici in maniera acritica potrebbe includere tanti altri esempi di riduzionismo esasperato e di semplificazione estrema, come quello dell'*innamoramento*, fenomeno, da alcuni autori associato, in una maniera esemplificativa estrema, all'azione della serotonina. Se il significato ed il valore di un sentimento d'amore fosse spiegato in quest'unico modo, l'enorme valore artistico, storico e culturale di interi poemi, liriche, romanze, d'un colpo, si dissolverebbe all'ombra dell'ipotesi che un farmaco ad azione serotoninergica, se fosse stato usato in determinate circostanze, avrebbe spento quella entità emozionale, ispiratrice di tante opere. Pensiamo a cosa sarebbe stato della poesia di un Giacomo Leopardi, dello *sturm und drang* del Romanticismo, di tutta la forza emozionale che ha animato le opere del Rinascimento, se uno stabilizzante dell'umore, un farmaco attivante la trasmissione neurotrasmettitoriale, un neurolettico avesse potuto da solo spegnere l'amore, ridurre la passionalità, sconvolgere quel pizzico di follia, quasi sempre presenti nelle menti geniali.

Uno psichiatra, incapace di vivere dentro di sé l'angoscia provata davanti all'immensità degli spazi infiniti – recitava il prof. Tissot – non sarà mai in grado di capire l'altro, la sua sofferenza, il suo disagio, la sua diversità, non potrà mai essere un bravo psichiatra.

Ma quali sono le conseguenze dell'affermazione negli ultimi anni di una psichiatria prevalentemente *descrittivo-nosografica*?

Palesamente negative, dal nostro punto di vista, fino al punto di farci immaginare per il prossimo futuro un evidente ridimensionamento di questa materia, che dal 1975 in poi ha conosciuto il massimo della sua rivalutazione. È questo l'anno che vede la nascita dell'autonomia della psichiatria, nel momento in cui essa viene estrapolata dalla specializzazione unica in *Malattie Nervose e Mentali*, nell'ambito della quale il suo era un ruolo decisamente subordinato a quello della scienza-madre, costituita dalla *Neurologia*. Incapace di fare un salto di qualità sul piano epistemologico, potremmo dire che da allora la psichiatria non è mai riuscita a coltivare una forte identità di se stessa e a produrre l'immagine di una materia ben distinta dalle scienze propriamente neurologiche, da un lato e da quelle psicologiche dall'altra; non è mai stata in grado di elaborare un modello integrato di interazione fra l'aspetto biologico e quello psicologico del *disagio/disturbo psichico*, confinandolo all'interno di una *esclusività referenziale* e difendendolo dalle costanti ingerenze della neurologia e della psicologia. Soprattutto la *psichiatria accademica* è come se non avesse mai osato infrangere lo spirito filiale che l'ha sempre tenuta legata alle scienze neurologiche, nè confrontarsi in maniera adeguata con la psicologia, definendone i limiti di demarcazione rispetto alla psicopatologia.

La tendenza orientata a privilegiare gli aspetti biologici e nosografico-descrittivi della psichiatria sembra quasi esprimere, da un lato, il timore di immergersi nelle problematiche assistenziali di questo tipo di pazienti e, dall'altro, l'incapacità di percorrere insieme al singolo paziente il cammino del suo divenire psicopatologico, forse anche un modo di conquistare un'identità (scegliendo l'aspetto medico a svantaggio di quello psicologico).

Una psichiatria che si dovesse chiudere all'interno di un arido *scientismo accademico*, per mascherare alcuni limiti evidenti della propria ricerca in campo etiopatogenetico e terapeutico, incapace di definire un paradigma della propria autonomia scientifica, non potrebbe non avere un esito altrettanto negativo sul piano assistenziale. Sembra, quasi, infatti, che quell'altro tipo di psichiatria, quella che quotidianamente si imbatte in problemi pratici di assistenza e programmazione sul territorio, priva di un adeguato supporto teorico, stia vedendo affievolire quelle ragioni forti, che hanno dato vita negli ultimi trent'anni in Italia ad una vera e propria rivoluzione dell'assistenza psichiatrica. Il rischio di un ritorno al passato è grosso. Esso può essere scongiurato solo da un interesse vero, proiettato sulla sofferenza e i disagi sociali dei pazienti, da un'autentica selezione e formazione delle future generazioni di psichiatri e da una cultura in grado di abbracciare la complessità e la variabilità dei fattori, di cui si nutre lo sviluppo dell'essere psichico. Sul piano epistemologico, occorrerebbe promuovere quella *biologia in divenire*, di cui parla Tissot, una biologia in grado di integrarsi nel *cerchio delle scienze*, descritto da Piaget, per saper attingere da più fonti la spiegazione e la comprensione di quel fenomeno complesso, che è l'essere umano, attraverso le sue diverse manifestazioni di *normalità* e di *patologia*.

## Sommario

*Gli Autori sviluppano in questo lavoro alcune riflessioni critiche sull'importanza prioritaria, che è stata data in Psichiatria, negli ultimi anni, agli aspetti diagnostico-nosografici. Una psichiatria, principalmente polarizzata sul rilievo esasperato del sintomo, con l'unico scopo di elaborare nuove forme di classificazioni diagnostiche, è una psichiatria che perde di vista l'essere umano nella sua globalità, si disinteressa dello stato di sofferenza vissuta dal paziente, perde di mira la patogenesi del disturbo, commette un grossolano errore, nel momento in cui isola il sintomo dalla struttura di personalità, producendo errori altrettanto gravi a livello terapeutico-assistenziale. Tale prospettiva influenza, inevitabilmente, anche alcune forme di psicoterapie, sollecitando paradigmi e strategie di intervento, mirati prevalentemente alla risoluzione del sintomo e snaturando, così, anche il significato stesso del concetto di psicoterapia. Con la pretesa di definire criteri più oggettivi di selezione e categorizzazione dei pazienti, ai fini della ricerca, non ci si accorge di incrementare la disomogeneità. Un paziente,*

*infatti, non può essere confrontato con un altro, trascurando le caratteristiche dell'intera struttura di personalità, l'influenza su di essa esercitata dal sistema sociale e relazionale di riferimento e le sue capacità reattive. Di questo complesso sistema il sintomo, che ne costituisce solo la parte più periferica, non può rappresentare un criterio di omologazione valido. Una psichiatria, prevalentemente orientata alla sistematizzazione nosografica, trascura, inoltre, la relazione terapeutica, il rapporto comunicativo con il paziente, il lavoro di formazione e di analisi introspettiva del terapeuta, lo studio della psicopatologia, minando alla base le radici stesse della psichiatria.*

**Parole chiave:** *psichiatria, nosografia psichiatrica, relazione terapeutica, struttura di personalità, psicopatologia.*

### **Abstract. *The Paradox of The 21<sup>st</sup>-Century Psychiatric Nosology***

*The authors of this work develop some critical reflections on the prior importance that has been given in psychiatry in recent years, to the nosographical-diagnostic aspects. A psychiatry mainly focused on the exasperated relief of the symptom, with the only purpose of developing new forms of diagnostic classifications, is a psychiatry that loses the whole of the human being, that is not interested to the suffering experienced by the patient, that loses the interest in the pathogenesis of the disorder. This psychiatry, isolating the symptom from the personality structure, will produce serious errors in the therapeutic and care management and will influence some forms of psychotherapy, stressing paradigms and intervention strategies aimed primarily at the resolution of symptoms, so distorting even the very meaning of the concept of psychotherapy. With the claim to define more objective criteria for the selection and categorization of patients for research purposes, we don't notice the increase of inhomogeneity. In fact one patient can not be compared with another, neglecting the characteristics of the entire personality structure, the influence exerted on it by the social and relational system, and its reactive capabilities. The symptom, which constitutes only the most peripheral part of this complex system, can't be a valid criteria for approval. A psychiatry, mainly focused on the nosographic systematization, neglect the therapeutic relationship, the communicative relationship with the patient, the work of training and the introspective analysis of the therapist, the study of psychopathology, undermining the very roots of the psychiatry.*

**Key words:** *psychiatry, psychiatric nosographic, therapeutic relationship, personality structure, psychopathology.*

## Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (2014), *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano: Raffaello Cortina.
- Borgna E. (2009), *Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica*, Milano: Feltrinelli.
- Borgna E., (2014), *Giù le mani dalla Psiche. Ecco perché il DSM 5 sbaglia*, testo disponibile al sito <http://espresso.repubblica.it/>, 27 marzo 2014.
- Brachen P. et al. (2012), "Psychiatry Beyond the Current Paradigm", *British Journal of Psychiatry*, 201: 430-434. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.109447 (trad. it: "Una Psichiatria al di là dell'attuale paradigma", *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2013, XLVII, 1: 9-22. DOI: 10.3280/PU2013-001002).
- Cuthbert B. e Insel T. (2013), "The Data of Diagnosis: New Approaches to Psychiatric Classification", *Psychiatry*, 73, 4: 311-314. DOI: 10.1521/psyc.2010.73.4.311
- Cuthbert B.N. e Kozak M.J. (2013), "Constructing Constructs For Psychopathology. The NIMH Research Domain Criteria", *J. Abnom. Psychol.*, 122, 3: 928-937, testo disponibile al sito <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24016027>
- Frances A. (2010), "Opening Pandora's Box: The 19 Worst Suggestions for DSM 5", *Psychiatric Times*, February 2011 (trad. it: "Si apre il vaso di Pandora: le 19 peggiori proposte del DSM 5", *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLV, 2: 251-262, 2011. DOI: 10.3280/PU2011-002007).
- Frances A. (2013), *Non curare chi è normale*, Torino: Boringhieri.
- Frances A. (2014), *La diagnosi in psichiatria. Ripensare il DSM 5*, Milano: Raffaello Cortina.
- Migone P. (2012), "Luci e ombre del DSM. A cinquant'anni dalla prima edizione", *Psicologia Contemporanea*, XXXIX, 233 (Settembre-Ottobre): 62-63.
- Migone P. (2014), "Dove va la diagnosi in Psichiatria", *Psicologia Contemporanea*, XL, 235 (Gennaio-Febbraio): 42-47.
- Pera M. (1982), *Popper e la scienza su palafitte*, Roma-Bari: Laterza.
- Piaget J. (1950), *Introduction à l'épistémologie gènétique*, Milano: Univ. de France.
- Tissot R. (1979), *Introduction à la Psychiatrie biologique*, Paris: Masson (trad. it: *Introduzione alla Psichiatria biologica*, Milano: Masson Italia, 1979).
- Zilboorg G. e Henry G. (1973), *Storia della psichiatria*, Milano: Feltrinelli.