

SALUTE MENTALE

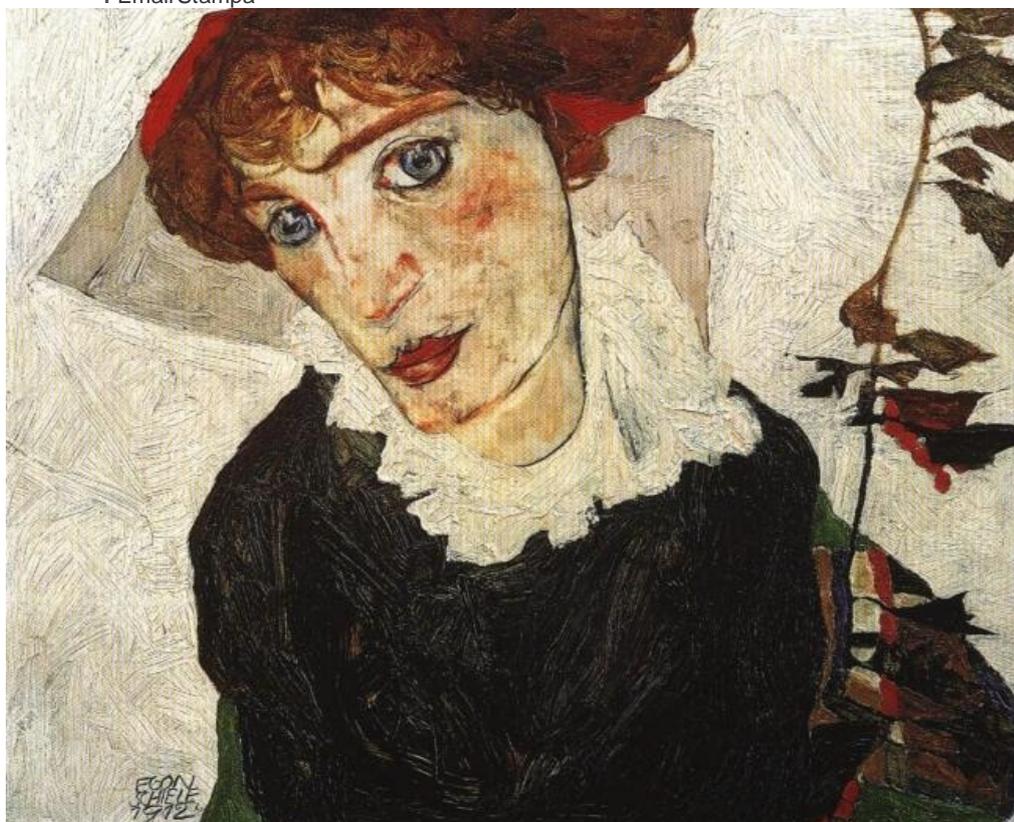
# Giù le mani dalla psiche

## Ecco perché il Dsm-5 sbaglia

Bimbi irrequieti. Ansia sociale e da lutto. Teen timidi. Per un discusso manuale americano si tratta di malattie mentali. Come altre trecento. Ma è un errore, spiega un grande maestro. E può fare seri danni. Parla **Eugenio Borgna**

di *Francesca Sironi*

Pinterest  Email  Stampa 



«La fame di ricette semplici trova nel Dsm-5 la sua epifania più sconvolgente». Così Eugenio Borgna, uno dei più grandi psichiatri italiani, studioso della “dimensione profonda e soggettiva del disagio psichico”, come ricorda su di lui la Treccani, commenta la quinta edizione del manuale di riferimento per la salute mentale nel mondo: il cosiddetto “Dsm”. Firmato dall’ **American Psychiatric Association** , il tomo che classifica l’animo umano in oltre 300 potenziali disturbi arriverà in Italia il 28 marzo, tradotto da **Raffaello Cortina** .

Dopo tredici anni di lavoro e decine di migliaia di esperti coinvolti in studi e conferenze, i guru statunitensi della mente hanno stabilito «un linguaggio comune» per definire i nuovi «standard» con cui «la vita di milioni di individui» può essere compresa nelle sue patologie (parole del presidente del progetto, David Kupfer) mettendo nero su bianco quali sofferenze possono essere chiamate «disturbi» e quali no, da quali avvisaglie possiamo

capire se un bambino è iperattivo o un amico depresso, secondo quali test (sì, ci sono anche i questionari a crocette) la nostra ansia andrebbe curata con un blister oppure la timidezza che mostriamo in pubblico avrebbe bisogno di una terapia. Uno strumento apprezzato, utile, usato. Ma anche oggetto di profonde critiche.

«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»: dal suo studio di Novara, Borgna commenta così queste «tavole della legge che presentano soltanto paradigmi esteriori», perché sconfessano in partenza, dice, quello che dovrebbe essere il fondamento della psichiatria.

### **Cosa c'è che non va nel manuale?**

«Le premesse. Queste tavole chiedono che tutti guardino con gli stessi occhi gli stessi sintomi. Sintomi che si dovrebbero ripetere identici in ogni parte del mondo. Ma la tristezza, l'angoscia, la colpa, la volontà di morire, le esperienze dell'animo umano non possono essere classificate come se si trattasse di una pancreatite. Non basta riconoscere dei segni esteriori, dei comportamenti evidenti, per stabilire cosa sta succedendo in quell'interiorità. Queste tavole finiscono per escludere a priori l'unico elemento che conta davvero quando si tratta di fare una diagnosi psichiatrica: la soggettività».

### **Non è utile avere degli schemi che spieghino come riconoscere una malattia?**

«Stiamo parlando di oltre 300 diagnosi. Ovvero di una furia classificatoria che ha perso ogni giustificazione. Il "Dsm" è uno strumento utile quando si tratta di circoscrivere e individuare i sintomi principali di malattie codificate come la schizofrenia. Ma i mille occhi dei medici che hanno redatto queste 947 pagine arrivano a micro-visioni analitiche che rischiano di rendere patologica ogni forma di sofferenza».

### **Pensa a disturbi come l'ansia sociale o al fatto che il lutto non sia più inserito tra le "giustificazioni" per escludere una diagnosi da depressione?**

«Penso a tutte quelle descrizioni che sembrano suggerire l'idea per la quale ogni ostacolo ci impedisca di corrispondere a una vita che scorra senza problemi, senza cadute, senza dolore, senza tristezze, dev'essere etichettato come patologico. Il "Dsm" è un edificio costruito su parole aride. Uno sguardo rivolto ai segnali esteriori della malattia, che non considera l'interpretazione della soggettività che si ha di fronte. Eppure solo ascoltando l'altro potremo capire se la sua sofferenza è patologica oppure no».

### **Ma è una necessità medica quella di dare delle regole scientifiche alla disciplina.**

«Dipende da cosa consideriamo scientifico. Se pensiamo che la psichiatria sia una scienza naturalistica, che si occupa di problemi riconducibili a disfunzioni biologiche, allora sì. Non è così però. La depressione non è l'appendicite. Le forme che può assumere il dolore cambiano a seconda del contesto sociale e ambientale di quella persona. Cambiano a seconda delle origini di quella sofferenza. Cambiano addirittura a seconda di come noi stessi ci relazioniamo con il paziente. E se non indaghiamo le cause profonde,

interiori, da cui scaturisce la tristezza, non saremo mai in grado di fare una buona diagnosi. Questo sguardo però è escluso dal manuale di cui stiamo parlando».

### **Non sono più solide le diagnosi che si effettuano seguendo quelle linee guida?**

«La scientificità del “Dsm” è provata dalle ricerche su cui gli autori affermano di essersi basati. E cosa sono le mie vaghe parole pseudo-mediche, così fragili, evanescenti, di fronte alle certezze che regnano nel manuale? Potrebbero essere considerate chiacchiere. Ma il fatto è che in Italia questa psichiatria “non-scientifica”, ovvero relazionale, dialettica, che il manuale rifiuta, ha portato alla chiusura dei manicomi. Abbiamo dimostrato, con l’esperienza concreta, che le cure sono più efficaci non se diventano più gelide, più cliniche, non se prescrivono più farmaci, ma al contrario se i farmaci li sottraggono, e se al loro posto si danno parole, ascolto, si danno pazienza e silenzio. Loro saranno anche scientifici. Ma noi curiamo le persone».

### **Però se il volume viene tradotto in tutto il mondo significa che a qualcuno quelle diagnosi piacciono.**

«Certo, a chi non vuole perdere tempo».

### **Si spieghi meglio.**

«Il successo del manuale è dato dalla sua capacità di uniformarsi alla tendenza oggi dominante: quella di escludere l’interiorità dalle scelte che facciamo, di proporre modelli che consentano la realizzazione automatica delle cose, di trovare soluzioni prefabbricate, senza che la ricerca dei significati ci faccia perdere tempo. È ovvio che è più faticoso fare una diagnosi che prescindere dai criteri semplici e lapalissiani proposti dal “Dsm”. Ma il tempo che si perde per capire un paziente ha un significato. È testimone di quella solidarietà umana che dovrebbe essere alla base del rapporto con l’altro».

### **Gli autori giustificano questa semplicità come un tentativo di rendere il manuale comprensibile a tutti.**

«Ovvero a chi?».

### **Ai medici generici, per esempio.**

«Ecco: una prospettiva inquietante».

### **Perché?**

«Gli psichiatri hanno a che fare soprattutto con schizofrenie o depressioni psicotiche, che sono poche: la schizofrenia è un caso su cento, la depressione psicotica 0,6. Invece con le sindromi ansiose, la tristezza, l’ipocondria, arriviamo a quanto? Al 20 per cento, al 25, secondo alcuni. E si tratta di pazienti che si rivolgono nella stragrande maggioranza dei casi ai medici di base, i quali ora hanno sul tavolo un testo che consente loro di applicare protocolli sovrapponibili a quelli con cui diagnosticano i mal di stomaco».

### **Dà loro più strumenti, no?**

«No. Li mette in una difficile condizione. Non sono psichiatri: hanno una specializzazione importante ma non sono psichiatri. Ma quando vedono in un paziente i sintomi esteriori

descritti nel manuale, sentono la responsabilità di agire. Perché il testo sul quale si fonda la psichiatria internazionale dà loro criteri tali per decidere quali psicofarmaci somministrare dinanzi a qualunque forma di ansia, di sofferenza psichica, di quelle che riempiono, riempivano e riempiranno gli studi dei medici di base».

### **Qual è il rischio?**

«Ci sono sofferenze che ai nostri occhi possono sembrare laceranti e invece agli occhi di chi le vive sono dotate di senso. Il problema della psichiatria è valutare se questo senso corrisponde ai valori comunitari oppure se è un senso soltanto individuale, narcisistico; allora sì che interviene il giudizio del medico. Ma è una valutazione complessa. Soprattutto se prevede terapie farmacologiche che agiscono su equilibri delicatissimi. E che se mal prescritte possono avere conseguenze disastrose, fino al suicidio».

### **E se lo legge una mamma, il manuale?**

«È un precipizio. La percezione soggettiva di una madre e di un padre della sofferenza del proprio bambino, se letta attraverso una di queste descrizioni, li porta a deformare la loro visione. E conduce poi il medico, che fatalmente deve fondarsi su quello che i genitori e gli insegnanti dicono del bambino, a formulare diagnosi già belle confezionate. Magari senza mandarlo nemmeno da uno psicologo che potrebbe essere sicuramente più utile dell'uso di farmaci».

### **Ma le persone chiedono di dare un nome al malessere, di guarire dalla sofferenza.**

«Certo. Sarebbe infinitamente più comodo se un antidepressivo mi resolvesse l'angoscia per la morte di una persona cara, ad esempio, senza farmi perdere tempo ad andare da uno psichiatra che ascolta e chiede. Ma è il dolore a distinguerci dalle pietre. Rainer Maria Rilke aveva scritto che il dolore è quella prova che trasforma l'esperienza esteriore che abbiamo del mondo in esperienza interiore. E cosa c'è oggi di più sacrificato, di più negato, di più disprezzato, di più deriso, di una tesi come questa?».

# **L'Espresso**

Articolo originale pubblicato [27.03.2014](#) su



Pubblicato su

[www.sossanita.it](http://www.sossanita.it)