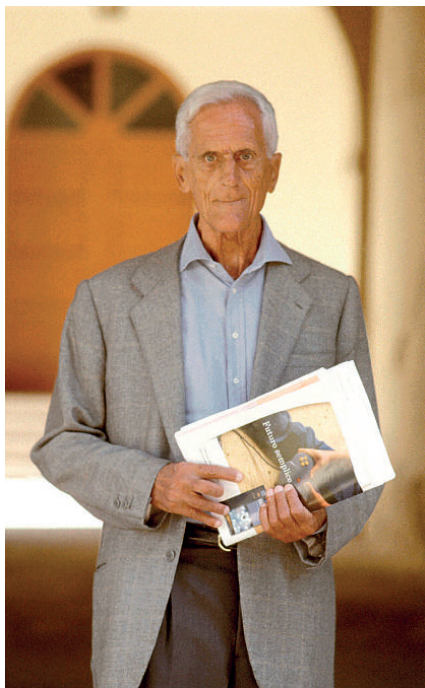


Giù le mani DALLA PSICHE

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

COLLOQUIO CON EUGENIO BORGNA DI FRANCESCA SIRONI
FOTO DI IARA DI STEFANO



EUGENIO BORGNA

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 «di-

sturbi» 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 (vedi box a pagina 101). 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 microvisioni 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 patologi-

Con altri occhi

Le immagini pubblicate in queste pagine fanno parte di "Madness", un progetto fotografico in mostra a Roma fino al 28 marzo. L'autrice, Iara di Stefano, ha voluto «narrare la follia attraverso gli occhi di un pesce rosso», scattando ritratti e scene immaginarie attraverso materiali trasparenti

co. 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 ambienta-

le 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».

Ma noi siamo in trincea

Massimo Clerici dirige il dipartimento di Salute mentale di Monza e Brianza. Un'area estesa travolta dalle nuove emergenze: dagli attacchi di panico di chi ha perso lavoro all'abuso di sostanze che porta sempre più adolescenti nei reparti d'emergenza degli ospedali. E lui, professore all'università Bicocca, esperto di tossicodipendenze e coordinatore della versione italiana del capitolo a queste dedicato nel "Dsm-5", racconta: «Siamo in trincea». Solo il suo dipartimento ha cinquemila pazienti a carico: significa che ogni psichiatra del servizio pubblico deve occuparsi di oltre 300 persone. E parliamo di uomini e donne malate sul serio: tendenze suicide, manie, sindromi gravi. Come si fa a dare tempo a chi soffre con questi numeri? «Il problema non sono tanto i tagli ai finanziamenti, o la riduzione dei posti letto», spiega Clerici: «Quanto il fatto che alla psichiatria oggi è chiesto di intervenire su un numero sempre maggiore di fronti». Mentre gli investimenti sono fermi al palo infatti i malati aumentano: secondo l'Organizzazione mondiale della sanità nel 2050 la depressione sarà al primo posto fra le malattie più diffuse. Già oggi ne sarebbero avvolti 350 milioni di cittadini. E oltre alle diagnosi crescono anche le concrete richieste d'aiuto: «Da poco siamo entrati anche in carcere», racconta Clerici: «Lì ci si sono aperte praterie di pazienti da curare. Ma spesso la sofferenza su cui interveniamo è causata dalle condizioni di vita: ci troviamo a rispondere noi alle conseguenze del sovraffollamento». Poi ci sono i medici di famiglia: «La Regione Lombardia ci ha chiesto di sostenere gli ambulatori di medicina generale, perché i colleghi imparino a comprendere i disturbi mentali», spiega: «L'abbiamo fatto. Ma l'80 per cento dei pazienti che trattiamo e che poi potrebbero tornare in cura da loro resta in carico a noi». E se le difficoltà si vivono al Nord, al Sud è anche peggio: «Sulla sola azienda sanitaria locale di Napoli-Pozzuoli fanno riferimento un milione e 200mila abitanti. In un contesto così complesso». Insomma: «Il sistema è vicino al collasso».



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 qualun-

que 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 risolvesse 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?». ■

E tu sei caffeinomane o lunatica?

“Dsm” è l'acronimo di “Diagnostic and statistical manual: mental disorders”, ovvero manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Un tomo che classifica, spiega, descrive e prescrive a quali criteri si dovrebbero attenere gli specialisti per stabilire i problemi dei loro pazienti. Stampato per la prima volta nel 1952, il “Dsm” ha raggiunto la popolarità alla terza edizione, nel 1980. Da allora il dibattito è acceso. Anche perché gli americani fanno le cose in grande: per realizzarlo spendono decine di milioni di dollari e investono in tantissimo perché tutto il mondo ne parli. Così l'indice statunitense resta il riferimento indiscusso. Questo nonostante le critiche: oggi il principale oppositore del “Dsm-5” è proprio lo psichiatra che coordinò la stesura dell'edizione precedente, Allen Frances, che in “Primo non curare chi è normale” (Bollati Boringhieri, 2013) accusa gli autori

di seguire le pressioni delle case farmaceutiche, pronte a proporre nuove pillole per curare patologie inesistenti. Ecco quindi le novità più contestate.

Lutto a rischio Il cordoglio per la perdita di una persona amata era considerato motivo sufficiente per escludere, almeno nei primi due mesi, qualsiasi diagnosi di depressione. Non è più così: dal giorno dopo il funerale un medico potrebbe prescrivervi una terapia.

Bambini adirati I ragazzini fra i 6 e i 18 con tre o più “scoppi d'ira” alla settimana potrebbero soffrire di “disturbo di disregolazione dell'umore”.

A prescindere da cosa li faccia arrabbiare. **Malattie da Tv** Fra i nuovi disturbi spunta anche la sindrome da accaparramento, ovvero quella tendenza ad accumulare oggetti e scarti che è alla base di un reality di successo, “Sepolti in casa”.

Folli da caffè Nelle dipendenze pericolose

spunta anche quella alla tazzina: i “caffeinomani” entrano nel registro delle persone con problemi psichici.

Achtung abbuffate Basta abbuffarsi davanti al frigo una volta a settimana per rischiare di soffrire di “disturbo da alimentazione incontrollata”.

Timidi? No grazie Se per sei mesi (o meno) un adulto o un bambino dimostrano di avere difficoltà a parlare in pubblico, sia tra parenti che fra sconosciuti, possono soffrire del disturbo “d'ansia sociale”. Novità: non deve essere la persona a dichiarare la sua difficoltà. Se è eccessiva lo può stabilire anche il medico.

Giorni pericolosi Anche il pre-mestruo può essere patologico. Fra il 2 e il 5 per cento delle donne, scrivono gli autori del Dsm-5, ne soffrirebbe in modo così grave da rendere loro impossibile andare al lavoro. Terapia prescrivisi!