

Nome file	data	Contesto	Relatori	Liv. revisione
990313SC1.pdf	13/03/1999	ENC	PR Cavalleri GB Contri	Trascrizione

CORSO DI *STUDIUM ENCICLOPEDIA* 1998-1999
«SCIENZA» O DEI QUATTRO LEGAMI SOCIALI
PREDIRE, PREDICARE, COMANDARE, IMPUTARE

13 MARZO 1999
6° LEZIONE

TESTO INTEGRALE

GIACOMO B. CONTRI

IL PENSIERO DI NATURA, «PUNTO DI SCANDALO»

Oggi spetterà a Pietro R. Cavalleri mettere alla prova quel punto di scandalo del pensiero scientifico che è la psicopatologia. Il vero punto di scandalo è il pensiero di natura, ma senza di questo non vi sarebbe scienza della psicopatologia.

Abbiamo già detto che per mestiere, per lavoro, per ricerca dell'inclinazione, noi non siamo scienziati della fisica, della biologia, della chimica; siamo gli scienziati della psicopatologia a pari merito e titolo.

Ma abbiamo detto "punto di scandalo".

Dato che l'immaginazione visiva è utile, tutti i presenti, che pure sanno che lo *Studium Cartello* è un cartello, un manifesto di tre *studia*, e uno di questi tre si chiama *Lavoro Enciclopedico*: il lavoro che stiamo facendo l'Enciclopedia.

Quest'anno la voce, il lemma è «Scienza» e in questo figurano numerosi lemmi enciclopedici. Stiamo facendo, anche con immaginazione visiva, quella terza parte dello *Studium Cartello* che si chiama *Lavoro Enciclopedico*.

PIETRO R. CAVALLERI

UNA MISTIFICAZIONE PSEUDOSCIENTIFICA

Intitolerei la mia esposizione con questo titolo: «Una mistificazione pseudoscientifica», in quanto affronteremo lo stato di salute della scienza a partire dall'esame di un caso che rappresenta uno degli esempi più macroscopici di deformazione dei criteri scientifici, perseguito e imposto con successo a una vasta comunità scientifica nazionale e internazionale.

Si tratta della classificazione diagnostica dei disturbi mentali adottata dall'Associazione di Psichiatria Americana, APA, e che in particolare in questo testo, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, noto come DSM-III o IV — è la terza edizione quella su cui ci soffermeremo in particolare —; è nel medesimo tempo, non solo un manuale che individua ed enumera i singoli stati patologici, ma fissa, definisce, detta i criteri in base ai quali deve la formulazione della specifica diagnosi.

Il valore della diagnosi è centrale nella costituzione di un solido quadro che testimonia il rapporto tra scienza e pratica. Non a caso la psichiatria moderna nasce grazie all'opera di E. Kraepelin che all'inizio del secolo, pur nella quasi assoluta impossibilità di attuare trattamenti terapeutici che potessero modificare significativamente l'evoluzione dei quadri presentati dai pazienti, quindi in fondo pur largamente determinato da questa impotenza terapeutica, mette a punto il primo sistema nosografico coerente, in cui la diagnosi risulta dall'interconnessione di tre criteri che lui sceglie e che sono rappresentati dal criterio

eziologico, cioè la supposizione delle cause, dalle specifiche alterazioni anatomico-patologiche, cioè di riscontri ipotizzati di esistere tra un certo quadro clinico e il riscontro nell'anatomia del cervello, e dalla differenziazione che risulta dal decorso di forme diverse. Dunque l'importanza che Kraepelin assume è tutta giocata sulla sua scommessa di fondare un sapere sulla psicopatologia, anche a prescindere dalla possibilità che il trattamento consegua o sia all'altezza della classificazione che risulta.

All'inizio degli anni Settanta avvengono due fatti apparentemente indipendenti tra di loro. Facciamo un salto di 70 anni e arriviamo dunque al contesto che ci interessa prendere in esame. In particolare all'interno di quella avanguardia che la Società antiscientifica americana rappresenta per tanti versi.

Dunque, due fatti apparentemente indipendenti: si ripropone per un verso la necessità di una maggiore omogeneizzazione nelle diagnosi psichiatriche, sulla base di esigenze molto pratiche, ad esempio le esigenze poste dalle compagnie assicuratrici che vogliono sapere esattamente quando pagano per quale motivo pagano e quindi hanno delle inclusioni o delle esclusioni dalle loro forme di pagamento per l'assistenza assicurativa; dalle case farmaceutiche le quali vogliono sapere esattamente per quale indicazioni possono vendere i loro farmaci, per tutta una serie di norme legali che impongono alla farmacopea l'indicazione di certi farmaci per certe alterazioni e non per altre; per le esigenze del sistema amministrativo e burocratico in genere.

Queste sono le spinte maggiori che propongono il problema di una omogeneizzazione delle diagnosi psichiatriche, ovvero del sistema in base al quale gli psichiatri considerano una certa persona affetta o non affetta da un disturbo mentale, e nel caso ne sia affetta di quale disturbo si tratti.

Contemporaneamente e proprio in giunzione del riconoscimento ad esempio della copertura assicurativa oppure no di alcuni quadri psicopatologici — quindi questo già dà l'interconnessione fra questi due elementi — si costituiscono forti gruppi di pressione che si battono per l'inclusione o per l'esclusione di alcune condizioni nella classificazione diagnostica; ovvero, vi sono dei gruppi di persone che ritengono di avere l'interesse nel fatto che la condizione di cui sono portatori o di cui sono i testimonial, venga considerata malattia psichiatrica o viceversa che non venga considerata tale.

Il fatto che alcune condizioni o comportamenti siano o meno considerati malattie ha effetti secondari che possono essere appunto o dei *benefit* o degli *handicap*. Vi è un vantaggio secondario sistematizzato che ne discende. Dei benefit o degli handicap dal punto di vista pensionistico, amministrativo, legale, etc. Si pensi per esempio al fatto dell'imputabilità legale per alcuni fatti criminosi che possono sperare di trovare attenuanti nel momento in cui quel fatto viene considerato all'interno di una patologia psichiatrica.

Per esempio, il fatto che si configuri come proposto in quegli anni di individuare un disturbo di aggressione sessuale — fa parte della polverizzazione diagnostica — e definirlo come malattia a se stante; a parte tutte le altre considerazioni di ordine più generale che faremo e che sono l'oggetto della mia trattazione, evidentemente si capisce subito che la configurazione di un simile quadro con etichetta di "malattia" avrebbe potuto fornire un argomento psichiatrico per la difesa in tribunale di violentatori e dunque ci sono stati dei gruppi di pressione che sono intervenuti perché non venisse individuata questa forma di malattia e non entrasse nella catalogazione delle malattie.

Oppure inversamente, il disturbo della personalità con condotta di scacco sarebbe stato applicato alla donna vittima di violenze e per gli stessi motivi. Si pongono proprio delle contrattazioni per fare in modo che alcune situazioni vengano incluse o non lo siano.

Quindi, già possediamo questa interdipendenza tra la necessità di una maggiore omogeneizzazione e l'interesse da parte di gruppi sociali di essere rappresentati o no, e in che modo essere rappresentati all'interno di una classificazione diagnostica.

Il problema della diagnosi in psichiatria e del rapporto tra diagnosi e trattamento, fino a quel momento possiamo dire che si era posto in termini lassi. Nessuno si era preoccupato della omogeneità tra diagnosi formulate da clinici diversi, in situazioni diverse, con pazienti diversi. Storicamente dunque si tratta di un rapporto piuttosto lasso, per una serie di motivi. In primo luogo, vi è un'incertezza sulle cause dei sintomi e quadri patologici, dal punto di vista medico, non essendo possibile una diagnosi eziologica in cui a ogni quadro corrisponda l'identificazione di una precisa alterazione anatomica e funzionale.

Un decorso naturale: si sa che la polmonite ha un decorso, qualora non sia trattata, che può seguire alcune strade tipiche; non si può stabilire il decorso naturale di una qualsiasi malattia psichiatrica o psichica. Non esiste la storia naturale della psicopatologia. Questo è un dato. Gli eventi psicopatologici non sono dei

fatti irrelati, sono sempre in funzione di qualche cosa che avviene a livello dell'Io e delle sue relazioni, dei suoi rapporti.

Dunque non è possibile fare una prognosi certa. Questa è un'affermazione altrettanto capillare e la stessa affermazione da cui parte Freud quando dice che all'inizio di un'analisi non si può prevedere il tipo di risultati che si avranno, perché questi dipenderanno in una parte assolutamente fondamentale dal tipo di scelte che il soggetto compirà. Questo è l'evento che deve essere integrato nel sistema nosografico in senso stretto.

Un altro elemento che giustifica questa lassità di rapporto è l'incertezza riguardo i trattamenti, in quanto a parità di presentazione sintomatologica alcuni casi rispondono al trattamento e alcuni no. Inversamente trattamenti diversi ottengono risultati e situazioni simili e quindi dovrebbero rispondere soltanto ad uno dei trattamenti risposti. In terzo luogo un altro elemento che rende conto di questo rapporto piuttosto lasso tra diagnosi, capacità diagnostica e trattamento, è che si osserva nel tempo, nel tempo di un singolo caso la mutazione della condizione diagnostica dello stesso paziente, con la particolare rilevanza di quadri intermedi tra le malattie nelle loro forme pure, tipiche. Quindi, con l'emergenza di quadri di confine, i cosiddetti "stati limite", con l'individuazione di un numero sempre crescente di nuovi quadri, quasi per giustapposizione di quadri nuovi ai confini dei quadri già descritti.

Di fronte a questa difficoltà rappresentata da questa emergenza di situazioni che hanno caratteristiche sintomatologiche di quadri diversi, non pare essere una soluzione accettabile quella che porta a enucleare sempre in maggior numero forme cliniche di confine e di transizione tra una forma e l'altra, in una sorta di corsa che non ha traguardo alla moltiplicazione delle identità di malattie, a ciascuna delle quali dovrebbe corrispondere rispettivamente e necessariamente, secondo la causalità naturale, un livello lesionale psicopatogeno corrispondente, distinguibile dal precedente e dal seguente per scarti di significato sempre più esigui ed aleatori.

In realtà, una delle strade praticate e praticate dal DSM è proprio questa: moltiplicare le equità di malattia, come vediamo nella tabella

Noi vediamo che nelle edizioni del DSM, che sono 5, perché tra la 3^a edizione e la 4^a vi fu una revisione, il numero delle categorie diagnostiche passò dalle 106 malattie complessivamente elencate nella prima edizione, nel 1952, alle circa 360 forme psichiatriche distinte elencate nell'ultima edizione del 1994, quindi con più che una quadruplicazione nel giro di quarant'anni.

Questa strada, in realtà, è la strada battuta da una certa corrente della psichiatria.

Questa condizione della trasformazione diagnostica è un aspetto interessante e importante cui si possono dare ancora oggi sostanzialmente due risposte.

Restiamo nel campo delle teorie che sono state avanzate nel campo psichiatrico.

La prima risposta ha la sua radice nell'ipotesi ottocentesca della psicosi unica, la cui sistematizzazione più importante, iniziale, venne fatta nel 1878 da uno psichiatra, Karl Ludwig Kahlbaum ed è un'ipotesi che attualmente è riattualizzata anche in studi di psicopatologia dimensionale.

Dicevo che prendendo ad esempio i criteri proposti al sorgere della scienza psicopatologia in ambito medico, Kahlbaum propone questa ipotesi della psicosi unica. Si situa dunque in una certa direzione, che è quella di una nosografia per così dire dimensionale del disturbo.

Evidentemente abbiamo a che fare con il linguaggio dell'epoca. Kahlbaum dice che ci sono tre funzioni fondamentali: il sentimento, la ragione e la volontà. Poi evidentemente lui ne determina i corrispettivi psicofisiologici, secondo le conoscenze del tempo: il sentimento è rappresentato e l'esito è il prodotto di una funzione centripeta sensoriale, cioè di elementi, di stimoli, di formazioni, che raggiungono l'Io a partire dalla realtà esterna, dunque hanno un decorso che va dall'esterno all'interno.

La volontà, viceversa, è una funzione centrifuga, ovvero è quella facoltà che è deputata a regolare l'azione dell'Io nei confronti del mondo esterno, e dunque ha un decorso di tipo centrifugo verso la realtà esterna, e la ragione — quella che lui chiama "funzione intracentrale o cerebrospinale" — e cioè tutta la serie di elaborazioni che avvengono tra quanto dalla realtà esterna giunge all'Io e quanto dall'Io ritorna alla realtà esterna. Evidentemente, questa è una semplificazione che riflette gli esordi anche di quanto fino a quel momento si era detto e ipotizzato. Ma la cosa interessante non è tanto questa.

Kahlbaum dice che nel momento in cui questa funzione sensoriale è alterata, nel senso che diminuisce la propria funzionalità, vi sarà uno stato morboso rappresentato dalla melanconia.

Nel momento in cui la funzione della volontà sarà stimolata e aumenterà al di là del normale la propria espressività, vi sarà uno stato di accelerazione che si chiama “mania”.

Nel momento in cui vi sarà un’alterazione di questa funzione fondamentale che è la ragione, vi sarà una condizione che è chiamata “mòria”.

Nel momento in cui vi sarà un decadimento di tutte e tre le funzioni vi sarà uno stato morboso che si chiamerà “demenza”.

La cosa interessante di questa psicopatologia, di questa considerazione, è che le quattro forme morbose si possono presentare in successione e pertanto non costituiscono esse stesse delle malattie: la melanconia non è una malattia; la mania non è in sé stessa una malattia; la mòria non è in se stessa una malattia; la demenza non è in se stessa una malattia. Sono degli stati morbosi, o complessi di sintomi che possono comparire isolatamente o associarsi in vario modo fra di loro in un decorso continuo e discontinuo. Dunque sono stati morbosi che componendosi dal punto di vista temporale, sequenziale, e dal punto di vista anche di evoluzione dei singoli elementi potranno configurare stati di malattia diversi.

Diciamo che ciascuno di questi complessi di sintomi non può quindi costituire la base di una vera diagnosi anche se in molti casi la modalità della loro comparsa può avere un valore prognostico. Ad esempio, il presentarsi in modo isolato ed alternante di melanconia e mania può costituire uno stato primario della follia, ad esito spesso favorevole; mentre il sopravvenire a questo stadio primario di un successivo stato secondario costituito dalla mòria o dalla demenza indica una prognosi infausta.

Le malattie vissute o interpretate dal soggetto saranno una sua interpretazione con una serie di gradualità tra le varie forme tipiche, una sua interpretazione che deriverà dalla sua composizione di queste alterazioni di base, di per sé numerabili in un numero determinato: quattro, come le alterazioni di base.

Vediamo subito l’aggiornamento di questa ipotesi multidimensionale come criterio della psicopatologia per darne un’esemplificazione assolutamente odierna, ma che va nello stesso senso.

Qui si tratta delle dimensioni psicopatologiche evidenziate, individuate e in questa condizione chiamata “schizofrenia”, ma possiamo fare un parallelo fra la psicosi unica di cui parlavamo prima e la condizione di schizofrenia di cui parliamo ora, e anche qui vengono individuate — è un’ipotesi proposta e sistematizzata da uno psichiatra italiano che si chiama Paolo Pancheri — tre dimensioni psicopatologiche: la dimensione della distorsione della realtà, cioè la produzione di sintomi come allucinazioni e deliri, il secondo elemento è l’impoverimento ideo-affettivo-motorio, cioè tutta la sintomatologia negativa, la cosiddetta “perdita di funzioni”, che consiste in appiattimento dell’affettività, apatia, abulia, perdita di interessi, rallentamento psicomotorio, perdita di capacità relazionali e la terza dimensione della disorganizzazione, cioè la disgregazione delle caratteristiche formali del discorso, la perdita dei nessi logici e associativi, la destrutturazione della comunicazione, la sconnessione fra discorso e contenuto emozionale.

Vedete che con un minimo di sforzo di traduzione possiamo ritrovare sostanzialmente in questa tripartizione la stessa partizione dello schema di Paolo Pancheri. La distorsione della realtà è la funzione della ragione; l’impoverimento ideo-affettivo è il sentimento, la disorganizzazione è la volontà.

Naturalmente, cambiate le possibilità di ricerca, i correlati biologici sono molto più precisi e non si accontentano di reperire per ciascuna di questa condizione, di questa dimensione una alterazione morfologica, come era il caso delle epoche precedenti, ma di individuare delle alterazioni biochimiche, quindi molto fini. E quindi si vedrà che una certa dimensione è collegata a un aumento dell’attività di un certo mediatore, la dopamina, in certe aree corticali, oppure in una sua diminuzione o un suo impoverimento.

Con la controprova che tali situazioni, ciascuna di esse, potrà essere migliorata dall’applicazione di farmaci, di un certo tipo.

La cosa interessante per cui io situo questo tipo di ricerche scientifiche e criteri nosografici in un filone che è compatibile con il tipo di ricerche di posizione che noi sosteniamo, è che nessuna di queste dimensioni psicopatologiche in se stessa costituisce una malattia: la malattia sarà sempre un dato ulteriore dovuto alla composizione di queste alterazioni e nella cui composizione vi sarà uno spazio sempre reperibile all’interno del quale l’Io del soggetto può intervenire per comporre la miscelazione di questi elementi distinti.

Allora, se da una parte di vi sono queste ipotesi di tipo dimensionale, cioè in cui il criterio della costruzione di una psicopatologia è quello di reperire dei singoli mattoni che in se stessi non costituiscono delle malattie, ma che costituiscono delle alterazioni di base delle quali l'io dovrà pur farsene qualcosa e si vedrà poi che cosa è in grado di farsene, la seconda ipotesi, che è quella in cui iscrivono tentativi come quello del DSM, è quella che non rinuncia alla ricerca di entità singole di malattia, ciascuna caratterizzata da un proprio decorso e da una propria storia evolutiva maturata, ma comunque ciascuna supposta essere caratterizzata da un proprio decorso e da una propria storia evolutiva, naturale e al limite irrelata. L'aspetto caratterizzante che qui ci interessa mettere in luce, di queste entità discrete, è il loro essere supposte come radicalmente precedenti ad ogni strategia del soggetto, e quindi come alterazioni causanti la sua vita psichica e la sua facoltà di relazione e non causate, sia pure indirettamente.

Allora, sulla base di queste due opzioni si costruiscono dunque nosografie differenti, prima ancora che per le singole denominazioni o partizioni diagnostiche contenute, prima ancora che per l'elencazione delle malattie individuate, per il criterio organizzativo generale che risulta nel primo caso dimensionale, nel secondo categoriale.

Categoriale vuole dire che rappresenta il territorio nosografico come corrispondente a supposte entità naturali rappresentate dalle singole condizioni che vengono in qualche modo ipostatizzate, come se si trattasse di costruire una realtà virtuale che in qualche modo rappresenta la realtà virtuale.

Mentre l'ipotesi dimensionale non annulla la distinzione tra norma e malattia, l'ipotesi categoriale l'annulla: annulla radicalmente la distinzione tra norma e malattia, in quanto allinea la norma stessa, a pari merito, a fianco dell'intera serie delle condizioni che interessano la nosografia e che vi sono rappresentate. Un po' come se la norma potesse essere considerata una variante normale di una serie pressoché infinita di varianti patologiche per convenzione.

L'ipotesi dimensionale, invece, pur ammettendo la possibilità di uno scivolamento continuo tra forme patologiche diverse, ovvero tra strategie patologiche diverse, e quindi pur rendendo conto della possibilità di cambiamento del quadro che si presenta, mantiene fissa la distinzione tra tutti questi aspetti multiformi e in rapporto tra di loro che rappresentano la patologia e uno stato normale che si distingue, ma non come giustapposizione di una variante tra altre varianti.

Forse ora ripeterò qualcuno di questi concetti perché non mi sono attenuto in maniera precisa alle mie note, ma comunque dò lo stesso una lettura perché credo che ci sia ancora qualcosa che non ho detto.

L'ipotesi dimensionale è compatibile con il nostro punto di vista, ovvero, quello di distinguere in maniera principale la norma dalla sua alterazione, in quanto le singole alterazioni non costituiscono quasi mai per se stesse la malattia finale, ma entrano al servizio di una strategia dell'io che persegue proprie soluzioni economiche tali per cui sono possibili passaggi che possono essere considerati vere e proprie guarigioni psichiche anche con la persistenza di parcellari alterazioni funzionali. Vi è cioè una compiacenza d'organo rispetto alle strategie economiche dell'io. Possiamo pensare che il cervello sia come un qualsiasi altro organo disposto a compiacere l'io nelle sue esigenze difensive fornendogli all'occorrenza anche il sintomo.

Inversamente questa lettura lascia aperta la possibilità di rintracciare guarigione ed effettivo percorso di avvenimento di guarigione, da parte di un soggetto, cioè trasformazione della conclusione giudicante del soggetto rispetto alla sua patologia, anche con la persistenza di alcune alterazioni che però non avranno più il significato precedente.

Ho molto chiaro l'esempio di persone psicotiche o che hanno avuto una parentesi significativamente lunga della loro vita di tipo psicotico. Difficilmente una persona come questa arriverà ad abbandonare completamente il ricorso a fenomeni allucinatori, ma potrà cambiare radicalmente atteggiamento nei confronti di tale via d'uscita compromissoria che metterà in atto in maniera in qualche modo facilitata nei confronti di un conflitto. Ma potrà cogliere anche dal punto di vista clinico, osservativo, della vita pratica una differenza sostanziale tra lo psicotico credente nel suo sintomo allucinatorio e lo psicotico, non soltanto non più credente nel fenomeno allucinatorio, che di quando in quando può ancora farsi udire, ma soprattutto non utilizzando più quel sintomo per comporre la propria strategia difensiva. Allora, la possibilità di accedere a una capacità di difesa meglio congegnata, più conveniente, è una possibilità reale che non è contraddetta dalla permanenza, almeno in certe condizioni, anche di disturbi parcellari.

Prima ho parlato di ipotesi di psicosi unica; dicevo che questa è un'ipotesi compatibile con ciò attorno a cui noi stiamo elaborando, anzi noi siamo più radicali perché parliamo di malattia unica.

Che cosa vuol dire malattia unica? Come se di fronte a un caso psicopatologico, a una manifestazione psicopatologica anche la più disgregata, distruttiva, o come si dice regredita o regressiva, è come se noi potessimo commentare con questa frase, che è anche il titolo di un articolo nel numero 1 di *Child*. Di fronte a qualsiasi manifestazione psicopatologica noi ci scopriamo a osservare: Ma sì, la ruota è già stata inventata. Cioè per significare che qualsiasi costruzione psicopatologica rappresenta un tipo di soluzione militata in quanto patologica che risponde all'esigenza di individuare le condizioni per fare proseguire il lavoro psichico, la cui meta è la ripetizione di un soddisfacimento almeno parziale.

Dunque, qualsiasi costruzione psicopatologica rappresenta un tipo di soluzione prospettata di fronte a questo compito e costruita dal soggetto avendo sempre a disposizione per così dire tutti i pezzi della dotazione completa della vita psichica. Non esiste fenomenologia psicopatologica che sia l'espressione di una risposta soggettiva di un soggetto che risponde a questo modo perché non aveva a disposizione qualcuno dei pezzi della vita psichica. Non vi è un'impossibilità strutturale di non riconoscere un altro come Altro. La dotazione della vita psichica è completa fin dall'inizio ed entra sempre in funzione nella determinazione del tipo di strategia o difesa psicopatologica che il soggetto attuerà.

Questo è il senso della nostra affermazione quando diciamo che l'uomo nasce sano e il senso della nostra critica nei confronti della teoria secondo cui la psicosi sarebbe il risultato di un processo arcaico, di una roccia patogena che avrebbe agito o che sarebbe intervenuta in un'epoca talmente precoce da essere precedente all'effettiva disponibilità soggettiva di tutti i pezzi psichici necessari per costruire una soluzione più complessa, ad esempio la nevrosi. Sarebbe questa l'idea di struttura e inversamente il buco nella struttura, in base alla quale ogni patologia non potrebbe fare altro che esprimere, manifestare e rendere esplicita la struttura di base ed eventualmente in seguito a particolari sollecitazioni che portano a smagnetizzare un difetto fino a quel momento solo occulto e non attivo.

Allora, tornando al problema della diagnosi e dell'organizzazione della diagnosi messa in atto dal DSM, dicevo che il dopoguerra soprattutto americano, è caratterizzato da due fattori, per un verso forti pressioni sociali, che all'insegna del tutto ciò che non è espressamente permesso è proibito, premono per vedere esplicitamente menzionati quadri psicopatologici precisi affinché non possano sorgere contestazioni nel pagamento delle spese collegate al trattamento di questi quadri.

E, seconda forma di condizionamento, è rappresentato dalla scelta della strada che porta alla moltiplicazione degli enti discreti, vale a dire nettamente separati, forme pure e tipiche, ciascuno dei quali trattato come singola malattia distinta dalle altre, con perdita del giudizio fondamentale di distinzione fra norma e patologia. E questo tipo di traiettoria mette in funzione una serie di operazioni, quindi di collezionamento e di descrizione il più possibile puntigliosa e anche fondata sul narcisismo delle piccole differenze, per cui due quadri che si distinguono per la presenza o l'assenza di un solo sintomo, diventano due malattie distinte sulla base della speranza o dell'ipotesi che se se pure oggi possiamo distinguere soltanto descrittivamente, forse domani a ciascuna di esse potrà corrispondere una singola e specifica terapia. È come se allora la preoccupazione nosografica, non potendo andare più in là, si accontentasse di incominciare a raccogliere minuziosamente i singoli quadri descrittivamente individuabili, presupponendo che la condizione che permette la distinzione tra l'uno e l'altro sia sempre significativa, vale a dire sia sempre in relazione con la presenza o l'assenza di un fattore specifico di pertinenza fondamentale e genetica all'espressione "biochimica".

Quindi, l'agorafobia con crisi di panico, sarebbe una condizione determinata da un'alterazione distinta dall'agorafobia senza crisi di panico. Questo è quello che possiamo intendere con narcisismo delle piccole differenze, per cui un piccolo elemento, addirittura banale, che venga costruito su una ricerca, su una depurazione di queste differenze, viene promosso al rango di significatività sulla base della speranza che a questa tipologia potrà un giorno corrispondere un'alterazione. Questo metodo di procedere fa decadere il progetto nosografico o nosologico, cioè sorretto da un *logos*, da una ragione ordinatrice, all'apparentemente più umile progetto elencatorio, vale a dire di raccolta di fenomeni discretamente distinguibili per la forma di presentazione da essi assunta, aperta — si potrebbe dire o potrebbero sostenere coloro che scelgono questa strada — questa strada sarebbe una strada aperta alla successiva ricezione di un ordine, ad essere sorretta o corretta da spiegazioni eziopatogenetiche oggi solo supponibili e pertanto dalle quali occorrerebbe astenersi.

Perché questo progetto è solo apparentemente più umile? Perché basandosi sulla dichiarazione esplicita di ateoreticità, di fatto per mantenere un atteggiamento politicamente corretto e non discriminante nei confronti di quadri psicopatologici che ancora appaiono di incerta classificazione, per mantenere un atteggiamento politicamente corretto e dunque nei confronti di questi quadri rispetto ai quali non si può dire quale sia la loro causa, scompagina ogni precedente ordine e azzerava ogni sapere individuale o individuato.

Una prova è il dibattito seguito alla revisione del DSM-II, per arrivare alla formulazione del DSM-III, il dibattito che ha portato all'esclusione di qualsiasi riferimento linguistico anche soltanto lessicale, alla terminologia freudiana, proprio con la esplicitazione che sarebbe stato ingiusto imporre una partizione della psicopatologia che individuava delle condizioni patologiche all'interno di un giudizio che definiva in che punto si trattava di patologia e perché si trattava di patologia, sarebbe stato ingiusto mantenere queste categorie forti nei confronti di altre situazioni psicopatologiche che non potevano essere sorrette da un giudizio di questo tipo.

Possiamo a questo punto vedere alcune tabelle: l'elenco delle categorie diagnostiche del DSM-II e poi quella del DSM-III.

Il DSM-II viene pubblicato nel 1968, ha una articolazione in dieci grossi capitoli che organizzano la psicopatologia e in fondo questa organizzazione è ancora tradizionale.

Il DSM-III invece è un elenco di categorie diagnostiche che si articola su sedici capitoli ed è un sistema diagnostico che si articola su cinque assi di valutazione: qui sono rappresentati soltanto i primi due.

Il primo asse sono i sedici capitoli che raggruppano i vari quadri psicopatologici, complessi di sintomi; potremmo dire entità sindromiche.

Il secondo asse è quello che stabilisce le condizioni patologiche che sono permanenti nell'arco della vita: quindi i disturbi della personalità e i disturbi dello sviluppo infantile, come il ritardo mentale, etc.

Il terzo, il quarto, il quinto asse, sono rispettivamente gli assi che connotano la compresenza anche di una malattia di tipo somatico, insieme allo stato psicopatologico e questo viene codificato sul terzo asse.

Il quarto asse è una codifica dei cosiddetti eventi stressanti che sono intervenuti nella storia tipica del soggetto; sono anch'essi catalogati, ciascuno con un grado di importanza.

Il quinto asse rappresenta il livello di funzionamento sociale raggiunto da quel soggetto durante l'ultimo anno prima del momento in cui viene posta la diagnosi.

Questo sistema è dunque onnicomprensivo e tende a dare una fotografia di qualsiasi condizione connessa allo stato patologico.

Vorrei far vedere la tabella 5 per mostrare il tipo di cambiamenti intervenuti tra il DSM-III e DSM-IV.

Qui abbiamo il DSM-III e vediamo che i disturbi di ansia hanno il sottotitolo di "disturbi fobici o nevrosi fobiche": quindi c'è ancora un riferimento freudiano.

Poi vediamo sotto "nevrosi ossessiva compulsiva", poi "*hysterical neurosis*", poi "nevrosi ipocondriaca". È iniziato lo smembramento dell'articolazione freudiana; rimangono le vestigia formali, i riferimenti formali al sapere freudiano, ma assolutamente disarticolati e come un sunto dentro una soluzione, che ha assunto ormai un altro sapore.

Se noi andiamo alla tabella successiva e rivediamo la stessa parte nel DSM-IV noi vediamo che questo procedimento ha fatto ancora dei passi. Là dove c'era il capitolo dei "disturbi affettivi", troviamo i "disturbi dell'umore", ossia c'è stata una progressiva biologizzazione. Qualcosa che nel 1980 veniva riferito a un concetto di affetto, quindi a qualche cosa che mantiene almeno terminologicamente delle correlazioni con l'esperienza dell'Io, ha una forma che è maggiormente svincolata: "disturbo dell'umore" rappresenta questo passo in più nei confronti di una considerazione procedurale e calcolante delle facoltà del soggetto.

Se vediamo i "disturbi di ansia", vediamo in due tabelle ciò che prima vedevamo in una tabella sola: questo vi dà un'idea di questo aumento spropositato di categorie. Qui, nei disturbi di ansia, vediamo che è scomparso qualsiasi riferimento al termine "nevrosi".

Questa progressiva cancellazione del riferimento freudiano è l'effetto più vistoso, proprio perché produce una rottura inenunciabile, di carattere epocale, della perdita di un giudizio distintivo. Nella misura in cui la diagnosi diventa un fatto procedurale, deve giocoforza rinunciare a qualsiasi criterio che si appelli a un giudizio distintivo.

Il secondo elemento di cui dicevo era la progressiva forza di pressione esercitata da gruppi portatori di un interesse ad entrare piuttosto che ad uscire dal sistema nosografico. Tra i gruppi portatori di maggior

forza, negli anni 70 vi era certamente il Movimento Gay. Esso incominciò a premere per avere incontri e spazi a livello dei meeting annuali della società di psichiatria per avere dibattiti — ve ne fu uno al Congresso di San Francisco nel 1970 in cui i Gay organizzarono una tavola rotonda a cui intervennero dei militanti e un membro dell'Associazione Americana di Psichiatria che si presentò mascherato in modo da non essere conoscibile e con lo pseudonimo di *Doctor Anonimus* — in cui esprimere la propria richiesta affinché l'omosessualità non rientrasse più nel sistema nosografico e non fosse più considerata una malattia. Questo fu l'inizio della pressione.

Insieme a queste considerazioni sociologiche, che fanno poi del Movimento Gay un movimento molto forte, perché ad esso corrisponde una capacità economica, per quanto riguarda tutta una serie di spese, anche ludiche, che è assolutamente rilevante, e con le quali le varie società americane cominciavano a fare i conti — mediamente le classi stipendiali medie delle persone che si riconoscono nel Movimento Gay sono più alte a paragone agli eterosessuali e destinano una percentuale delle loro risorse economiche, fino al 25%, a risorse di tipo ludico — dà anche l'idea del tipo di sostegno che poteva accompagnare le loro richieste. Spesso, oltre a queste considerazioni sociologiche, spesso ammesse apertamente dagli stessi rappresentanti del mondo gay, si manifesta qui il carattere missionario della perversione che proprio per la stessa dinamica di alterazione della norma, tende a contestare la norma, a devalorizzarla, per sostituirla.

GIACOMO B. CONTRI

Mi sono permesso di suggerire a Pietro di continuare dopo un intervallo, con una seconda e più breve parte, perché non si sembra buono che lui per considerazioni di ora in questo momento si affretti dando dei tagli o comprimendo quello che ha da dire.

La Chiesa è governata, sotto sotto, misteriosamente, dallo Spirito Santo, perché in caso diverso il prossimo Concilio Ecumenico lo organizza il Movimento Gay: possiamo esserne sicuri.

PIETRO R. CAVALLERI

Questo intervallo è stato opportuno, credo anche per voi, ma sicuramente per me perché ho trovato, anche scambiando due parole con Gabriella Pediconi, che è possibile che questa cronistoria che ha occupato l'ultima parte del mio intervento prima dell'intervallo, in cui ho sintetizzato, in maniera certamente molto abbreviata i passaggi che hanno portato all'esclusione, ma direi alla rimozione, delle stesse parole che si riferiscono al lessico freudiano, quindi il concetto di nevrosi, che viene progressivamente cancellato dal DSM, allora nel descrivervi e farvi notare molto sinteticamente i passaggi è possibile che non sia risultato chiaro l'aspetto in realtà più importante; allora, cerco di chiarirlo, comunicandovi anche l'impressione che mi sono fatto dalla lettura degli Atti. In questo libro che questi due sociologi americani, Stuart Kirk ed Herb Kutchins, il primo della Columbia University, New York, il secondo dell'Università californiana, hanno scritto insieme, l'impressione che si ha dalla lettura anche dei carteggi e dalle cose che sono avvenute fra il Comitato che stava rivedendo il DSM per arrivare alla terza edizione e tutti i processi che sono avvenuti, questo Comitato condotta da uno psichiatra di New York, Robert Spitzer, che nella sua formazione come tutti gli psichiatri americani è anche psicoanalista — già dagli anni venti vuol dire qualcosa di preciso — ho avuto l'impressione che questo Spitzer non fosse un perverso che avesse nei suoi piani la eliminazione, il rinnegamento perverso, rispetto al sapere della psicopatologia, ma che in realtà fosse un nevrotico che perso il criterio distintivo, circa anche la propria nevrosi, avendo rinunciato al sapere sulla psicopatologia in quanto soggetto competente si sé, non fa effettivamente più avuto armi o ragioni per evitare la rimozione del concetto stesso di nevrosi dal sistema nosografico che stava contribuendo a costruire.

Rispetto alla rimozione della nevrosi — probabilmente per quanto riguarda il signor Spitzer personalmente, ma poi come opera di cultura diventa un rinnegamento della nevrosi, quindi è una incapacità nevrotica che apre la strada a una trasformazione perversa nella cultura, di cui il nevrotico è in qualche modo è il tramite — è accaduta prima una rinuncia a pensare il rapporto con la psicopatologia come un rapporto che non poteva non avvenire attraverso un giudizio. Quando hanno cominciato, sedotti da una certa idea scientifica, una pseudo-scienza psicopatologica, a sostituire il giudizio sulla patologia con delle procedure di

distinzione, di calcolo, sui quadri patologici, quando hanno compiuto questa operazione di abdicazione del giudizio per stringere attraverso un calcolo la realtà della psicopatologia, in realtà non sono stati più in grado di individuare per esempio la nevrosi, la pertinenza della nevrosi al giudizio diagnostico.

Quindi, l'esclusione della nevrosi è stato il risultato di un'abdicazione del giudizio o di un'abdicazione del sapere scientifico, per quanto caratterizzato e caratterizzante nella psicopatologia. Ed è per questo che perduta la capacità di individuare la nevrosi, innanzitutto come propria nevrosi, quindi anche come posto che la nevrosi occuperà nel sistema nosografico, hanno perduto anche la capacità, per esempio, di individuare l'omosessualità. Questo è quello che il movimento gay ha capito, e infatti l'attacco è avvenuto sul punto più delicato e più fragile del sistema culturale, applicato alla psichiatria, nel momento in cui il giudizio diagnostico, per esprimersi, deve sapere individuare il discrimine dalla norma.

Il Movimento Gay sapeva bene che non era in gioco la capacità degli psichiatri di identificare l'omosessualità, o l'omosessuale, ma il problema concettuale di definire in che cosa questa omosessualità costituiva un disturbo. Per rispondere a questa questione si sarebbe dovuto essere capaci di definire in maniera convincente il concetto di disturbo mentale, e pertanto si doveva essere capaci di avere un sicuro riferimento rispetto alla norma.

È avvenuto dunque un baratto tra il problema della validità della diagnosi — ovvero l'individuazione del proprio che costituisce il contenuto dell'alterazione della norma, che corrisponde a certi quadri — con il problema dell'affidabilità, ovvero della replicabilità dei criteri diagnostici da parte di clinici diversi e questo baratto ha portato a sostenere che il problema della psichiatria era che due clinici diversi, esaminando cento persone, per determinare la presenza di un certo disturbo, non concordavano nel ripartire la presenza del disturbo fra le cento persone. Allora, questo baratto tra validità della diagnosi e affidabilità della diagnosi ha rappresentato la via d'uscita, cioè lo spostamento verso i quali ci si è indirizzati avendo rinunciato a tenere sul punto della validità, cioè del fatto che validamente la norma fosse individuabile e fosse individuabile l'alterazione della norma.

Si è cominciato a rinunciare alla validità in questo modo: presumendo che si dovesse disporre di una procedura per determinare se un fenomeno appartiene a una classe. Ma qui c'è l'inganno. Nella sostituzione dell'idea di procedura all'idea di facoltà, cioè giudizio, si consuma la perdita di questa capacità di discriminazione tra norma e non norma.

Per quanto riguarda l'omosessualità, c'è un terreno preciso in cui si gioca questa questione. Spitzer stesso, riferendo di un successivo incontro, organizzata nel 1973, quindi tre anni dopo il Meeting di San Francisco, da psichiatri sostenitori dell'omosessualità, militanti nel Movimento Gay — si era costituita intanto una *Gay Psychiatric Association*, una sotto-associazione della APA — lui pubblicò un articolo in cui sosteneva che effettivamente era problematico continuare a sostenere che l'omosessualità in sé fosse una malattia e ne parla proprio così, ma che lo diveniva soltanto in quei soggetti che la vivevano con un senso di sofferenza individuale.

Dunque, diremmo noi che continuava a restare malattia quella condizione di omosessualità quella che noi giudichiamo come la più benigna, ovvero l'omosessualità nevrotica, di chi in fantasia o al di là della fantasia, anche in atti, è tentato da un certo tipo di soluzione al problema del rapporto e si rende conto di quando questo tipo di soluzione sia contrastante con la norma. Mentre non rintracciandosi l'aspetto di sofferenza personale, allora Spitzer diceva di non trovare nulla da poter mettere sul piatto della bilancia rispetto alla decisione di conservare un'omosessualità convinta all'interno del sistema nosografico. Potremmo dire che è proprio l'impossibilità del nevrotico di contrapporre una ragione al perverso quando ne abbia incominciato ad assumere, ovvero abbia rinunciato alla facoltà di giudizio. Infatti, lui diceva che i requisiti per individuare una malattia sarebbero dovuti essere: un comportamento accompagnato da sofferenza soggettiva, e qui si apriva già il primo discrimine, per cui la cosiddetta "omosessualità egodistonica", ovvero nevrotica, ovvero benigna, rimane una patologia, mentre l' "omosessualità egosintonica", ovvero convinta, militante, perversa, nella misura in cui esiste ed esiste almeno come formazione culturale, sociale, anche se forse non nei singoli soggetti presi ad uno ad uno, restavano gli omosessuali sfusi e usciva dal sistema nosografico il concetto di omosessualità in quanto tale. Ovvero la perversione.

Il secondo elemento in base al quale individuare la malattia e in base al quale si consuma questa incapacità di riconoscerla, era l'alterazione globale delle attività sociali. Spitzer osserva, rispetto a questo secondo requisito perché vi sia malattia, che gli psichiatri gay con i quali si era incontrato non manifestavano alcuno di questi segni, ovvero alcun segno di alterazione dell'efficacia o delle attività sociali. E non lo mostravano perché erano molto attivi nel sostenere la loro idea.

Con questo giudizio che negli psichiatri gay che aveva incontrato non vi fosse alcun segno di alterazione globale dell'efficacia o delle attività sociali, evidentemente Spitzer perdeva di vista la possibilità di riconoscere il carattere coatto dell'omosessualità e la presenza comunque di un'alterazione nel ventaglio completo delle attività sociali, perché pur sempre il fatto di escludere programmaticamente una delle attività comunque sociali fondamentali, come è la possibilità di procreare, questo vuole dire una limitazione comunque obiettiva delle normali capacità sociali. Se noi facciamo una lettura positivista delle facoltà e delle possibilità del soggetto umano. Allora lasciarsi abbindolare dallo specchietto costituito dall'iperattivismo e dalla sicurezza con la quale questi personaggi si muovevano nel sostenere la loro tesi e riconoscere in forza di questa capacità di azione che la sfera delle capacità sociali fosse completa e indenne e non inficiata da aspetti coatti, che coattamente escludevano degli aspetti della personalità, questo era effettivamente un altro effetto dell'incapacità, in questo caso di Spitzer, di riconoscere dove c'è patologia o no.

Spitzer arriva a dire che pur costituendo un comportamento irregolare e non ottimale se la psichiatria avesse allargato il suo sistema diagnostico per comprenderlo, avrebbe dovuto comprendere anche il celibato, il vegetarianismo e altre "preferenze", perdendo il punto di vista il carattere coatto che distingue una militanza omosessuale dal carattere non coatto che può distinguere per esempio una scelta come il celibato. Si vedrà caso per caso. È invece la rinuncia al vedere caso per caso e l'accoglienza della forma generale come una forma normale sulla base della conservazione di una capacità di attività.

Questa perdita di capacità discriminante, fa che il discorso si sposti sulle procedure, la cui funzione è quella di garantire almeno che due fenomeni simili occuperanno lo stesso posto nella classificazione. La sostituzione del problema della validità con quello dell'affidabilità permette di sottrarre almeno momentaneamente e in parte, dalle luci della ribalta, l'oggetto del disaccordo, ricostituendo un obiettivo apparentemente unificante, ovvero il desiderio di coerenza fra diagnosi compiute sullo stesso soggetto da parte di clinici diversi. Ecco che allora ci si interroga se i clinici siano in grado di ripartire i soggetti appartenenti al medesimo gruppo psicopatologico essendo d'accordo sul posto assegnato a ciascuno. L'eventuale insufficienza di un risultato concordante sarà un indice di scarsa affidabilità del sistema nosografico nel suo complesso, e dunque sarà un punto che spingerà alla riforma del sistema nosografico, per renderlo tale da rendere più facile o garantire meglio il fatto che due psichiatri, messi di fronte a un gruppo di pazienti, li sappiano catalogare essendo d'accordo poi sul posto in cui li hanno catalogati.

L'affidabilità del sistema sarà in relazione con il numero di utilizzatori le cui diagnosi, applicate a una serie di casi, concordano; vale a dire, portano a individuare negli stessi soggetti il portatore del disturbo oggetto di diagnosi.

Allora in questo clima vengono proposti e pubblicizzati i primi studi che si propongono di valutare i tassi di concordanza fra diagnosi, proprio perché a questo punto occorre dimostrare che il sistema nosografico esistente, non garantisce l'affidabilità e dunque va riformato. Abbiamo già visto che, essendo riformato, la sua riforma comporterà la rimozione di alcune cose fondamentali.

Questi studi rilevano ed enfatizzano il fatto che vi è disaccordo non solo fra diagnosi formulate in contesti differenti, per esempio trans-nazionali, ma vi è non concordanza anche in diagnosi formulate da psichiatri che lavorano nella stessa struttura ed hanno esaminato congiuntamente gli stessi pazienti.

Oltre a questa...

... si era applicato al problema di misurare l'accordo tra scale categoriali e aveva trovato un indicatore, chiamato "coefficiente k", che serviva a integrare nel calcolo dell'affidabilità una concordanza dovuta puramente al caso.

Vi faccio questo esempio: se noi abbiamo cento pazienti che facciamo esaminare da due clinici diversi, supponendo che si debba stabilire la presenza o l'assenza di un disturbo; supponiamo che il tasso di prevalenza di questo disturbo sia del 50%: 50 individui hanno il disturbo, 50 non ce l'hanno. E supponiamo che due psichiatri, dopo aver fatto questo esame dei casi, rilevano una concordanza del 50%.

Il 50% di concordanza non è molto, ma non è neanche poco.

Applicando questo ragionamento statistico si trova che 50 hanno il disturbo e 50 non ce l'hanno, ma siccome la prevalenza di questo disturbo è del 50%, allora 25 casi su 50 considerati aventi il disturbo potrebbero non averlo, potrebbe assolutamente essere casuale, lo psichiatra potrebbe non aver visitato gli individui e averli divisi casualmente. La stessa cosa dall'altra parte. Dunque la percentuale concordante che noi troviamo del 50% potrebbe essere dovuta tutta al caso.

Un altro esempio: supponiamo che cerchiamo un disturbo la cui prevalenza è del 10%. Su 100 persone, 10 hanno il disturbo e 90 no. E supponiamo che i due psichiatri trovino una concordanza dell'88%. Che percentuale avrebbe una concordanza semplicemente casuale? Il 10% di questi 10 potrebbe essere assolutamente casuale; il 90% dei rimanenti 90 potrebbe essere assolutamente casuale, quindi 81 casi. Quindi l'82% di concordanza è la concordanza assolutamente casuale. Qual è la concordanza reale fra il lavoro dei due psichiatri? È 88% - 82%, ovvero il 6%. Questo 6% con una formula matematica viene trasformato in un coefficiente. È come se noi avessimo 100 e 0: l'82% è la concordanza casuale, l'88% è quella trovata; il *coefficiente k* ci dà la misura da 1 a 0. Applicando questa formula, avvenne una cosa molto semplice; introducendo complessi calcoli statistici si ottennero due effetti: in primo luogo si spostò la comprensione intuitiva della concordanza diagnostica al di là dell'interpretazione del grande pubblico e degli stessi clinici. In secondo luogo, questi sviluppi trasformarono il problema in qualcosa di tecnico che per essere risolto avrebbe dovuto essere affidato a specialisti della ricerca che lo avrebbero approntato sul proprio terreno, ovvero sul terreno statistico e informatico.

Bisogna tenere presente che il calcolo del *coefficiente k*, che come tutte queste cose è una sciocchezza, è un calcolo complesso proprio perché dipende anche dalla prevalenza del disturbo che viene cercato. Quindi è un coefficiente che deve essere ritariato in base anche delle varie forme, non può essere stabilito una volta per tutte.

La tacchetta spessa orizzontale, mostra la media dei *coefficienti k* che hanno questa estensione, in questo caso da 0,60 a 0,10. La loro media in questo caso dà il valore intero 0,40; la media nel secondo caso dà 0,55 e nel terzo caso arriva a 0,70.

Gli studi pubblicati avevano tutti questa impostazione per sostenere che i tassi di concordanza tra diagnosi, ovvero l'affidabilità del sistema diagnostico esistente, fosse assolutamente insoddisfacente. Infatti viene giudicato nel primo caso debole, nel secondo passabile e nel terzo appena accettabile.

La pubblicazione di questi dati, con un tasso di complicazione non immediatamente comprensibile dai clinici, introduceva e allargava la base di consenso attorno alla esigenza, direi creata *ad hoc*, di riforma del sistema nosografico, in modo tale che questo tasso di concordanza sarebbe dovuto migliorare, per rendere possibile lo scambio tra psichiatri, per rendere possibile la ricerca, per migliorare la terapia.

L'impresa del DSM-III aveva conquistato il concorso della maggioranza degli psichiatri americani, sulla base della promessa che la nuova revisione avrebbe facilitato e reso più affidabile il sistema nosografico in modo tale che questi scambi sarebbero potuti avvenire in maniera più soddisfacente.

Per i ricercatori che avevano cominciato ad occuparsene, la mancanza di affidabilità non era il risultato di carenze individuali da parte dei clinici, ma era il frutto della convergenza di errori sistematici nel corso della formulazione della diagnosi; e questi errori sistematici sono raggruppabili in due tipi di errore.

Il primo errore è la dispersione dell'informazione, ovvero vi è una differenza di informazioni di cui ciascun clinico dispone, proprio perché il paziente ha fornito informazioni diverse al clinico A rispetto a quelle che ha fornito al clinico B. Allora il problema è trovare un modo per diminuire questa dispersione delle informazioni, ovvero perché sia il clinico A, sia il clinico B, ottengano dallo stesso paziente in maniera standardizzata le medesime informazioni, sulla base delle quali avrebbero potuto costruire la loro diagnosi.

Il secondo tipo di errore sistematico era rappresentato dalla dispersione dei criteri diagnostici, ovvero che ciascuno pur riferendosi a un sistema nosografico comune, manteneva una propria competenza nello stabilire la distinzione tra quadri patologici diversi. Allora, anche qui la soluzione a questo problema comportava che la revisione del DSM fosse costruita in modo tale per cui a ogni sindrome, ogni malattia descritta fosse accompagnata dalla esplicitazione dei criteri in base ai quali formulare quella diagnosi; per esempio, dovranno esserci almeno tre sintomi sui cinque elencati. Si costruiranno quindi degli alberi decisionali di una certa complessità in cui varie condizioni saranno raggruppate determinando quantitativamente anche quanti di questi requisiti dovranno essere presenti per formulare una diagnosi di certezza o di probabilità della malattia.

Questo problema di normalizzazione delle informazioni e di normalizzazione dei criteri diagnostici rappresenta lo strumento attraverso cui procede questa spoliatura della competenza individuale rispetto alla formulazione diagnostica. Per quanto riguarda la dispersione dei criteri diagnostici, vi ho appena illustrato in che cosa consiste.

Per quanto riguarda la dispersione dell'informazione ottenuta dagli psichiatri, allora l'altro aspetto che ha accompagnato la formulazione del DSM-III, è stata la costruzione di interviste tipologicamente

definite per vari tipi di pazienti, in modo tale che ciascuno psichiatra si applicasse a ottenere un certo numero di informazioni.

Evidentemente, questo tipo di vincolo non è da poco: un conto è il vincolo che noi ci diamo se concordiamo di fare una ricerca su un certo argomento, e un conto è se questo vincolo diventa la linea guida per il comportamento, quindi anche con una pretesa di uniformità e di adeguamento deontologico da parte dei vari clinici.

Evidentemente ottenere un'informazione standardizzata vuole dire in primo luogo limitare l'informazione di cui un soggetto potrà disporre. Non dovrà sapere e far conto su qualcosa che ha saputo, se questo qualcosa che ha saputo non è contemplato in ciò che effettivamente viene ritenuto significativo dalla linea guida a cui si deve attenere. Questo comporta anche la formalizzazione dell'ordine della raccolta delle informazioni, proprio per espungere la possibilità che una raccolta di informazioni che avviene in un ordine differente comporti una deformazione di una certa informazione, se viene detta troppo presto o troppo tardi. Si tratta di fare in modo che gli psichiatri americani vedendo i loro pazienti facciano solo certe domande, solo in un certo ordine, prescindendo dal fatto che si propongano di stabilire una relazione con quella persona, fatta salva l'impossibilità di orientare l'investigazione secondo l'interesse prospettato dal paziente che vuole parlare di certe cose e non vuole parlare di certe altre. E mettendo fuori gioco la competenza, oltre che del clinico — che è un clinico ormai sostituito da un operatore, una funzione — anche del paziente, nel dire o non dire.

Passiamo alla tavola 9.

Vediamo che dopo tutta la messa in moto di questo apparato procedurale, le prime tre linee verticali sono quelle già viste nella Tavola 8: i *range*, gli spettri dei *coefficienti k* ricavati dagli studi effettuati sulle vecchie classificazioni nosografiche, prima del DSM-III. Quando comparve il DSM-III comparve con l'annuncio che finalmente l'affidabilità del sistema in generale era migliorato. In realtà, viene supportato da queste prove sul campo, che se noi confrontiamo con quelle della fase ante DSM-III vediamo che non sono per nulla migliorate. I segmenti orizzontali che rappresentano la media della dispersione dei vari *coefficienti k* sono tutti o quasi tutti al di sotto di questo limite, 0,70, che è il limite in cui la concordanza e l'affidabilità del sistema potrebbe essere ritenuta una buona concordanza. Quindi, c'è reale deformazione di dati e presentazione di un successo, quando il successo in realtà non c'è. L'applicazione del DSM-III che comporta il sacrificio di un vincolo nella raccolta delle informazioni, di una normalizzazione delle procedure, di una standardizzazione dei colloqui con i pazienti, di una espunzione di certe categorie diagnostiche, perché appunto ritenute incerte, di una moltiplicazione di entità di malattia — da 100 a 360 — per una maggiore precisione, il tutto partorisce un sistema che comunque ha un vizio di origine, ovvero la sostituzione del giudizio con un criterio operativo, che nonostante quanto venga affermato, alla prova dei dati, non ha corretto quell'aspetto che tutti erano stati convinti rappresentasse una minaccia per la loro pratica, ovvero la dispersione delle diagnosi.

Da ultimo, le tabelle 11 e 12.

Nella prima abbiamo i disturbi psicosessuali come compaiono ancora nel DSM-III: vedete che sono un certo numero. Vi faccio notare che tra le *parafilie* compare a un certo punto la *pedofilia*, poi rimane sotto "Altri disordini psicosessuali" l'omosessualità egodistonica. Quindi il DSM-III compie effettivamente quell'operazione di cui dicevo prima, mantiene soltanto l'omosessualità egodistonica.

Le cose poi procedono: nel DSM-IV del 1994: là dove nel DSM-III i disturbi psicosessuali costituivano una colonna, qui ne abbiamo due; vi faccio notare che la pedofilia si è suddivisa in una serie di condizioni sotto-diagnostiche e vi faccio osservare che non troverete più da nessuna parte l'omosessualità, neppure egodistonica. Quindi c'è una progressione dal 1982, quando è uscito il DSM-III, al 1994 quando è uscito il DSM-IV: ormai in maniera non più accompagnata da grandi dibattiti culturali, però si prosegue nella strada tracciata.

In questo caso assistiamo allo scambio di omosessualità contro pedofilia. Una volta che si rinuncia al giudizio diagnostico, ma se ne fa una questione operativa, allora è del tutto normale pensare che l'individuazione delle forme patologiche sarà di volta in volta determinata dagli interessi di vario tipo, legali, amministrativi, culturali, di volta in volta in gioco.

Si pone una porta aperta dicendo che uno dei grandi temi culturali degli ultimi anni è stato proprio quello della pedofilia. Allora, se ne vede subito il riscontro a livello dell'impatto che questo ottiene nel sistema nosografico. Il fatto che la pedofilia, per dei motivi che ora non stiamo ad analizzare, abbia assunto un'importanza funzionale, questo ci giustifica che otterrà una rappresentatività maggiore all'interno del sistema nosografico: perché a questo punto ci interesserà sapere quanti lo fanno con i bambini, quanti con le bambine, quanti lo fanno solo con i bambini, etc., come se questa sottodistinzione fosse un fatto che sposta la caratterizzazione in sé dell'evento psicopatologico di cui stiamo parlando, come se si trattasse di dieci malattie diverse, sotto il nome "pedofilia", piuttosto che di una condizione.

Ritorniamo alla nostra considerazione della scienza della psicopatologia.

Ho schematizzato riprendendo il lucido mostrato da Giacomo B. Contri nella prima lezione e l'ho rischematizzato a mio piacimento.

Le quattro scienze sono individuate dal tipo di nesso che produce il sapere scientifico in causa.

La fisica e la biologia indagano tutti quei fenomeni che non riguardano S e non riguardano A, non riguardano il Soggetto e non riguardano l'Altro, e mette in luce dei nessi predittivi.

La logica indaga un campo di fenomeni in cui si distingue A da *non A* e opera attraverso la posizione di nessi di inferenza, di predicazione.

La giurisprudenza — e qui ne do la versione di giurisprudenza della seconda Città, ovvero del diritto statale — si applica alla determinazione dei rapporti dei soggetti, non in quanto Soggetti, ma in quanto reciprocamente Altri. (Cfr. *A non è non A*, pag. 122) e opera con nessi imputativi.

La psicopatologia si occupa di ciò che intercorre nella relazione tra Soggetto e Altro, là dove questo rapporto è regolato da un nesso coatto. Abbiamo detto che il giudizio di psicopatologia sta nel rintracciare questo nesso coatto: è proprio l'incapacità che Spitzer ha mostrato nei confronti dell'individuazione della omosessualità in quanto psicopatologia. Non ha potuto tenere il concetto di omosessualità in quanto patologia perché non ha saputo individuare il nesso di coazione che esiste in questo modo di relazione tra Soggetto e Altro.

Gli agenti della scienza chi sono? Nonostante abbia lasciato dei puntini nei primi due casi, non vi è dubbio che il produttore della scienza è l'Io, è il Soggetto: non possiamo mettere una macchina al posto dell'Io. Scienza è attività dell'Io.

Qual è l'operazione compiuta dalla psicopatologia? Non la "scienza della psicopatologia", ma il risultato "psicopatologia", il risultato psicopatologico. Si costituisce scimmiettando la scienza, la psicopatologia è un risultato che fa il verso alla scienza, il cui agente pensante questa scienza non è più l'Io ma è il superio. E qui mi ricollego a quanto Maria Delia Contri diceva nella seconda lezione sui sistemi.

Il superio che è il padre dei nessi di coazione utilizza e si esprime nel creare psicopatologia scimmiettando il modo di produzione scientifico, scimmiettando il nesso dei modi di relazione predittivi, la produzione in questo caso sarà isteria con destino di psicosi. Isteria con destino di psicosi vuol dire che questa costruzione psicopatologica è quella costruzione psicopatologica in cui il Soggetto costruisce una teoria in base alla quale attribuire autogiustificatoriamente la causa del proprio stato a cause naturali. Attribuisce a un'alterazione del corpo — isteria — o attribuisce a un'alterazione della realtà — schizofrenia — con un passaggio tra l'uno e l'altro che è sempre possibile.

Scimmiettando il nesso predicativo vi è creazione di psicopatologia nella forma della nevrosi ossessiva con destino di paranoia. Abbiamo messo in luce varie volte i nessi para-logici presenti sia nella nevrosi ossessiva, sia nella paranoia. È una produzione scientifica che avviene scimmiettando ciò che correttamente darebbe come esito scientifico quella scienza chiamata logica.

Se è il superio che conduce questa operazione, trasformando il nesso coattivo in nesso predicativo, allora la mia idea è quella di collocare lì questo prodotto psicopatologico.

Quando la stessa operazione viene condotta sulla falsa riga del ritrovamento di nessi di imputabilità, questi nessi di imputabilità passati al setaccio del superio, diventano produzione di querulomania o produzione di melanconia; ovvero l'imputazione all'Altro e l'imputazione a se stessi, ma in maniera del tutto scorretta.

Questa è una suggestione: ho delineato questa area, che chiamerei area della perversione, intermedia tra le due scienze, che si nutre e parassita appoggiandosi ora alla giurisprudenza, pervertita in psicologia cognitiva, ora alla psicopatologia clinica, trasformata in psicopatologia non-clinica. Quando la psicologia

cognitiva è quell'esito scientifico che trasformando il nesso di imputazione che produrrebbe giurisprudenza, lo trasforma in un nesso di comando, costituisce un programma di comando nei confronti dell'Io, tale da produrre quella nuova scienza che è la psicologia cognitiva. Quando la coazione esce dal Soggetto e si trasforma in comando, allo stesso modo e con una modalità molto vicina, addirittura parallela, diventa quella psicopatologia non-clinica di cui la psicologia cognitiva è la rappresentante più strutturata.

Spero che soprattutto questa conclusione possa far lavorare nuovamente i cervelli di tutti, nel senso che è soltanto uno stimolo, non adeguatamente elaborato, ma mi fermo qui.

GIACOMO B. CONTRI

LA PSICOPATOLOGIA COME VIZIO MORALE. L'AGNOSIA DELLA PSICHIATRIA MODERNA

Molto giusto. Non spendo tempo a ringraziare Cavalleri. Dico solo che penso che la prossima volta, che di questa serie sarà l'ultima, ma con un seguito di ulteriori incontri, penso proprio che parlerò con un titolo come «Angoscia e massimi sistemi», proprio prendendo i massimi sistemi di Galileo.

Ciò che andiamo dicendo comporta, implica, il pensiero che neanche allora, e certo non oggi, la discussione, il dibattito non era fra i due massimi sistemi sullodati: Tolomeo o Copernico.

Ma piuttosto, il dibattito è designabile in tanti modi, per esempio dal dire che se si dovesse fare storia delle scienze, bisognerebbe fare storia dell'ignoranza. Oppure: uno dei modi con cui si seda l'angoscia è quanto al sapere, è dire «Io non so, ma la scienza sa...» che ha una sua antica versione teologica: «Io non lo so, ma Dio lo sa». È il medesimo errore. Noi non facciamo che insegnare ormai da anni una frase del tipo «Io posso sapere» o «Tu puoi sapere».

Ricordiamo la valorizzazione che abbiamo dato qui alla vera e propria denominazione «Cristo il moderno», stante che lui ha detto esattamente la stessa cosa: «In ciò in cui non potevi sapere, adesso sai perché ti ho informato personalmente. Di tutto ciò che sapevo, te ne ho informato».

Un altro modo per introdurre un tema del genere, dopo l'illustrazione di ciò che abbiamo ascoltato oggi da Pietro R. Cavalleri, di quello che in un articolo del 1956 Lacan aveva profetizzato come «Il mercato mondiale della menzogna»: ampia illustrazione. Leggere il suo testo sarà ulteriormente istruttivo.

Dicevo che ieri sera avevo caratterizzato il dibattito, che noi di solito chiamiamo della «giuridicità», ma che trattandosi di sinonimia possiamo ben dire che si tratta di moralità, visto che non kantianamente non distinguiamo morale e diritto. Ma c'è una lunga tradizione, pre-kantiana e in seno al cristianesimo, che già faceva la distinzione kantiana tra morale e diritto. Anzi, è un classico, nel senso che è stato insegnato nelle classi.

Ieri sera, e faccio solo questo richiamo, ricordavo che benché ancora in modo parziale, la morale, ufficiale, trattatistica e classica, ancora nel basso medioevo si insegnava che la melanconia, oggi ampiamente chiamata depressione, era un vizio morale; oggi — non c'è quasi l'eccezione, salvo noi e qualcun altro — tutto è stato consegnato allo psichiatra e per di più a questo psichiatra.

O quando ho accennato in poco tempo che bene o male veniva individuato un vizio di gola, senza neanche il sospetto che il vizio di gola di allora si chiama *bulimia* e *anoressia mentale*; il vizio descritto da San Tommaso e Alberto Magno, era già allora, con un atto di retrodatazione, anoressia mentale e bulimia erano già, il vizio di gola era già queste due cose. E allora ditemi uno che pretende di avere un senso morale oggi che sappia anche solo lontanamente riconoscere il vizio morale in queste e altre patologie, ovviamente con tutt'altro trattamento, visto che le “busse” non possono fare altro che incrementare il vizio morale. Ecco la ragione intrinseca per cui la tecnica non è “le busse”.

Sarebbe stato da accennare qualche cosa. Rimando tutto alla prossima volta.

Tutto ci porta a dire che in principio della patologia era angoscia, quindi non solo malattia unica, ma punto di partenza unico, e l'angoscia dicevamo non è una malattia, siamo arrivati qui a una classificazione in cui l'angoscia è contraffatta a tal punto da figurare esclusivamente in una menzioncina che dice “disturbo d'ansia”. Il principio di tutto è una righetta, per altro considerata di non soverchia difficoltà.

Credo che parleremo di malattia e massimi sistemi e quali essi sono.

© Studium Cartello – 2007

*Vietata la riproduzione anche parziale del presente testo con qualsiasi mezzo e per qualsiasi fine
senza previa autorizzazione del proprietario del Copyright*