

Carlo Faravelli

La
PSICHIATRIA
con
MACDONALD

*Una riflessione critica sugli sviluppi
della teoria e della pratica clinica*

Delineare l'evoluzione (e l'involuzione) dei modelli psichiatrici tra la fine del diciannovesimo secolo e i nostri giorni può essere uno stimolo potente a quella riflessione critica su se stessa di cui la psichiatria attuale sembra avere un assoluto bisogno.

Casa Editrice Astrolabio

Prefazione

Il primo che mi incoraggiò a scrivere un libro sui cambiamenti della psichiatria fu l'amico e collega David Nutt, professore all'Imperial College di Londra, con cui ho condiviso un quarto di secolo di direzione (insieme a Eric Griez e Yossi Zohar) del Master in Affective Neurosciences dell'Università di Maastricht. David, assistendo a una mia lezione sulla depressione, apprezzò l'impostazione che avevo dato all'argomento, sottolineando il passaggio storico tra la visione precedente il DSM-III e le descrizioni contemporanee. Già nel libro che avevamo curato nel 2005, i due capitoli di cui ero stato autore impostavano l'argomento secondo la prospettiva del cambiamento dei concetti psichiatrici che si era verificato in tempi inopinatamente brevi. Inizialmente, preso da tanti altri impegni, non diedi corso al suggerimento. Solo dopo qualche anno, e dopo il pensionamento, avendo fatto un paio di lezioni alle nuove leve della scuola di specializzazione in psichiatria, rimasi meravigliato dallo hiatus culturale (nell'ambito della psichiatria) esistente tra i giovani specializzandi che avevo di fronte e quelli che avevo diretto fino a quattro o cinque anni prima. Laddove avevo sempre cercato di infondere un'attitudine critica nell'approccio alle tematiche psicopatologiche, ora mi trovavo di fronte a giovani colleghi in formazione che sembravano vivere una psichiatria dell'oggi senza alcun riferimento allo ieri. Una destoricizzazione totale, in cui le nozioni e le convenzioni odierne venivano accettate senza alcun tentativo di approfondimento critico, o almeno di inquadramento storico. Questo mi ha dato l'impulso per adoperarmi a fare qualcosa per tramandare un po' d'esperienza e cercare di non fare cadere il divenire della mia materia nell'oblio totale.

In quelle occasioni ho rivalutato la particolarissima opportunità che ho avuto di vivere la psichiatria nei momenti dei suoi cambiamenti più significativi. Essendomi laureato nel 1972 e specializzato nel 1976, sono stato tra gli ultimi a essermi formato sulla psichiatria precedente il DSM-III. Pur non avendo sperimentato direttamente la psichiatria

dell'epoca pre-farmacologica, ho avuto la possibilità di lavorare fianco a fianco con i colleghi più anziani (per lo più miei professori) che avevano vissuto in prima persona l'ingresso dei primi psicofarmaci nei manicomi e osservato i mutamenti che ne erano derivati. Ancora, ho fatto in tempo a vedere e operare nella psichiatria dei manicomi di prima della legge 180. Pur essendo entrato nella nuova scuola di specializzazione in psichiatria, nata appunto nell'anno accademico 1972-73, ho ancora avuto parte della formazione neurologica riservata ai precedenti specialisti in Malattie nervose e mentali. Ho vissuto in prima persona la 180, inserito nei primissimi servizi di diagnosi e cura, ho interagito con alcuni dei personaggi rappresentativi dell'antipsichiatria. Sono stato professionalmente presente nei sostanziali cambiamenti della psichiatria degli ultimi cinquant'anni. Tutto questo viene descritto nel terzo capitolo. Più importante, la mia attività di ricerca, con le conseguenti frequentazioni internazionali, mi ha portato in contatto diretto con gran parte dei veri protagonisti di questi cambiamenti. Ho conosciuto i leader della psichiatria mondiale degli anni del cambiamento, di alcuni sono stato amico, con altri ho collaborato in ricerche comuni.

Ho pensato quindi che sarebbe stato un peccato perdere tutto questo bagaglio di memorie. Ancor più se si tiene conto che per tutta la mia vita professionale ho sempre cercato di valutare le novità, i cambiamenti, le nuove proposizioni con una prospettiva il più possibile ampia, epistemologica per quanto consentito dalle mie limitate conoscenze del campo. Ho prodotto nel tempo articoli di riflessione sui nuovi temi che via via venivano posti all'attenzione del mondo psichiatrico.

Questo libro è in gran parte una rivisitazione di quei temi e quegli scritti, ripensati *ad usum delphini*. Senza voler imporre le mie idee, sarei gratificato se i giovani psichiatri non perdessero le radici della propria professione e le usassero per riflettere in misura più critica sul loro agire di oggi. Nello stesso tempo alcune posizioni del pubblico non psichiatra, così spesso viziate da ignoranza, pregiudizio e superficialità andrebbero riviste alla luce di un minimo di approfondimento.

Il volume risente non poco della provenienza da scritti o interventi pensati originariamente per essere comunicazioni singole. Ogni capitolo, con pochissime eccezioni, è organizzato secondo un'impostazione storica, in cui si riporta l'argomento come era concepito in precedenza per poi riviverne le tappe e le modalità della trasformazione per arrivare alle posizioni odierne.

McDonald, Macdonald, *midcult* e psichiatria

Quelli che pronunciano i vocaboli latini all'inglese:
 'plas' per 'plus', 'stedium' per 'stadium';
 (una volta ho sentito anche 'in nuce' detto 'in niuus')

L'accostamento della psichiatria con McDonald e Macdonald può suscitare più di qualche perplessità. In effetti si parla solo di psichiatria. Per la maggior parte delle persone il nome 'McDonald' ricorda la nota organizzazione di ristorazione, diffusa in tutto il mondo e rinomata per affidabilità, sicurezza, garanzia di uniformità riguardo al cibo proposto. Non certo, diranno gli estimatori della buona cucina, per le qualità gastronomiche. 'Macdonald', invece è il cognome del filosofo e sociologo americano Dwight (1906-1982), oggi meno conosciuto rispetto a qualche decennio fa, che ha illustrato con largo anticipo l'impovertimento del clima culturale americano successivo alla Seconda guerra mondiale.

In questo senso ho voluto tracciare il parallelismo tra l'evolversi della psichiatria e l'evoluzione della ristorazione, entrambe nel contesto del cambiamento del clima culturale degli ultimi cinquant'anni. Da una tradizione illustre di medici-filosofi, abilissimi osservatori e narratori, ma lontani dall'uniformità clinica e diagnostica, un po' troppo narcisisticamente compiaciuti di se stessi, al progressivo spostamento verso una psichiatria fatta di crocette sui questionari, ben stabilita, riproducibile, facilmente accessibile e comprensibile, ma straordinariamente povera di costrutti epistemologici, oltre che di

profondità psicopatologica. Dall'altra parte una ristorazione che è andata sempre più verso il fast food, e la massificazione del gusto.

Nel mezzo, come elemento unificante, vero artefice di entrambi i cambiamenti, l'ingresso sempre più massiccio del mercato dell'interesse economico, teso ad allargare quanto più possibile il plateau dei fruitori di qualsiasi prodotto commercializzabile, sia esso la cultura, l'arte, il cibo, lo spettacolo e anche la psichiatria.

Sentii parlare per la prima volta di Dwight Macdonald, quando ero ragazzo, attraverso il libro di Umberto Eco *Apocalittici e integrati* (1965), che peraltro già nel primo saggio "Cultura di massa e 'livelli' di cultura" espone con la consueta chiarezza e capacità critica il nocciolo dell'argomento.

Macdonald (*Masscult and Midcult*, 1960, tradotto in italiano da E/O nel 1997, e più recentemente, da Piano B, nel 2018) si allaccia al dibattito nato in Inghilterra tra le due guerre, sulla degenerazione del gusto nella *middle class*. Già Virginia Woolf, tra le prime, aveva fortemente criticato il travisamento della cultura operato dal fenomeno detto *middlebrow*, parola che, come aggettivo, può essere tradotta con 'facile da capire' e anche, come sostantivo, con 'persona di cultura media'. Riprendendo il filo di questa impostazione, Macdonald la lega all'evoluzione economica del Novecento. L'aumento del numero di persone le cui possibilità non erano più interamente assorbite dalla sopravvivenza ha fatto sì che parte del surplus economico fosse dedicato a cultura e arte. Tuttavia, la genuinità dell'interesse, la competenza e soprattutto il bagaglio culturale di base non erano tali da permettere di fruire appieno dei significati della cultura e dell'arte.

Nel contempo, però, la quantità di denaro che essi introducevano in questi mercati non poteva essere trascurata. Se questa nuova moltitudine era in grado di recepire arte e cultura solo nei loro aspetti più semplici e superficiali, la forza economica di questo nuovo mercato, a sua volta, era tale da indirizzare parte dell'arte e della cultura verso le forme di più facile fruizione. Veniva quindi a prendere forma la 'cultura di massa' (*masscult*).

La vera cultura (*highbrow*) è quella della persona genuinamente e profondamente interessata agli oggetti di studio: come scrive Umberto Eco, "la cultura alta era rappresentata, tanto per capirci, da James Joyce, Marcel Proust, Pablo Picasso, mentre quello che veniva chiamato *masscult* era dato da tutta la paccottiglia hollywoodiana".

La *lowbrow* (che potremmo oggi tradurre con ‘cultura popolare’) comprende prodotti idonei alla popolazione meno colta, sul solco delle tradizioni popolari, comunque non modificati ad hoc per scopi commerciali, quindi ancora genuini. La cultura di massa, invece, attinge sia dalla cultura popolare sia, in parte, dall’alta cultura, ma ne trasforma i contenuti in prodotti banali, manipolati e pronti all’uso, in cui eventuali residui di profondità culturale sono impietosamente impoveriti. Questi sono dedicati all’intrattenimento e al profitto che da questo deriva, sono quindi soggetti alle leggi del mercato (modernamente a sua maestà l’*audience*). A differenza dei prodotti della cultura, a essi non si richiede di risvegliare alcuna scintilla nel fruitore, anzi, ogni stimolo all’introspezione deve essere abolito.

Macdonald pensa che queste forme non meritino l’attribuzione del termine cultura, e preferisce denominarle *masscult*.

Il prodotto *masscult* deve principalmente essere di facile assimilazione, non importa se vivace o soporifero. Non chiede nulla al fruitore, se non un po’ di attenzione, perché non richiede alcuna risposta, nemmeno quella emotiva. Allo spettatore non chiede nulla e non dà nulla, non può indurre alcuna modificazione perché il prodotto della *masscult* è già tagliato a immagine dello spettatore, “completamente soggetto allo spettatore”. Come è oggi usuale, il compito dell’intrattenimento è quello di trattenere lo spettatore (televisivo in questo caso) tra uno spazio pubblicitario e l’altro.

Tutto questo, al contrario della cultura alta, che stimola il pensiero del singolo e quindi il pluralismo di idee, contribuisce ad accrescere sempre più il livellamento verso il basso.

Il *midcult* delinea invece un terzo livello intermedio, emerso con la cultura *middlebrow*, meno rozzo e molto più sottile rispetto al *masscult*, ma anche più infido e travisante. Qui la cultura alta non è ignorata, anzi: i contenuti, le parole, le citazioni provengono per lo più da questo settore. Ma si tratta in realtà di un travestimento, di un prendere a prestito temi genuinamente culturali, per utilizzarli in contesti inidonei, e in persone prive del *background* e della curiosità proprie dell’uomo di cultura. È talvolta una conoscenza indiretta, attraverso strumenti di divulgazione (è in auge nell’epoca di Macdonald il *Reader’s Digest*), si tratta della ricezione superficiale di nozioni non comprese fino in fondo, non assimilate, ma soprattutto non assimilabili perché precotte e preconfezionate. La *midcult* si ammantava di cultura

alta, la cita, la esalta, la venera, ma in realtà la espropria, la svilisce, la contamina di piatezza, “spargendo ovunque il suo tiepido velo fangoso” che minaccia l’alta cultura.

Nel *masscult* “il trucco è scoperto”: l’obiettivo è dichiaratamente il grande pubblico e i temi sono scelti in funzione del gradimento per quanta più gente possibile, con ogni mezzo; il tranello del *midcult*, invece, non è immediatamente individuabile. Il *midcult* adotta i temi, le parole, i modelli dell’alta cultura, ma li banalizza, li storpia, li costringe all’impoverimento. Questo aspetto di pseudocultura che si presenta come facente parte dell’Alta Cultura, porta con sé una pericolosa ambiguità.

Questi elementi del pensiero di Dwight Macdonald (che io ho qui presentato in maniera approssimata, impoverita, certamente cadendo nel *midcult*, dato che non sono un sociologo), rivisitati oltre sessant’anni dopo, sono ancora illuminanti. Per un verso essi hanno preconizzato ciò che sarebbe accaduto in misura ancor più vistosa nei decenni successivi, per un altro sembrano superati dall’inondazione odierna della *mass-cult*, che ai prodotti storici dell’intrattenimento ha aggiunto i contenuti incontrollabili dei social network.

La *midcult* invece ha a mio avviso conservato la maggior parte dei caratteri descritti da Macdonald. Si tratta ancora di utilizzare termini, concetti, intuizioni, tradizioni dell’alta cultura svuotandoli, del tutto o in parte, degli attributi fondamentali, riducendoli a prodotti più facilmente fruibili, ma in realtà sostanzialmente diversi da quelli originali.

Per McDonald (quello degli hamburger) il processo di omogeneizzazione del prodotto per incontrare il gusto dei clienti è scoperto, il successo è stato evidente e ha portato altre catene di ristorazione a uniformarsi allo stile McDonald. Come in molti altri campi, anche qui l’alta cultura (alta cucina nello specifico), tesa a esplorare nuovi campi, a proporre sapori nuovi e diversi, e quindi a educare il pubblico a sperimentare, è stata (parzialmente) sostituita dal suo opposto: una cucina tutta uguale che tende a uniformare i gusti.

La tesi di questo volume è che nella psichiatria sia successo qualcosa di analogo, ma molto meno evidente, interamente nell’ambito del *midcult*, e quindi ambiguo, nascosto. Nella fattispecie, all’aspetto di cultura di medio-basso livello si appaia l’aspetto di scienza di basso livello.

Romolo Rossi (2010) sostiene che non è tanto la psichiatria a esse-

re cambiata, bensì lo psichiatra. Essendo la psichiatria una materia priva di un suo statuto scientifico autonomo, essa inevitabilmente si modella sui suoi cultori, i suoi professionisti, i suoi divulgatori. Rossi propugna una sorta di evoluzione 'darwiniana' dello psichiatra, descrivendo le tappe del cambiamento attraverso la delineazione di passaggi progressivi della tipologia delle diverse 'specie' (Rossi sottolinea con l'uso della parola 'specie' il parallelismo con Darwin) di psichiatra. Confrontiamo il primo caso, lo psichiatra narratore, archetipo dello psichiatra, con uno degli ultimi di quelli descritti da Rossi con le parole dell'autore:

Lo psichiatra narratore. Da quello che si è detto, era ovvio che si partisse da qui, dallo psichiatra-Balzac¹ [...] Questa istanza narrativa diminuisce intanto la durezza del lavoro [...], aumenta la gradevolezza della ricerca, aumenta l'autostima. Ma soprattutto fornisce un livello di stabilità dato che, operando prevalentemente nella fantasia narrativa, diminuisce fortemente l'insicurezza legata alla debolezza dello statuto scientifico, anche se questo vantaggio viene pagato con l'esigenza di qualità narrative ed impressionistiche più elevate e complesse di quelle del ricercatore.

Lo psichiatra narratore è persona di molte ed estese letture, ed ha di solito un notevole grado di cultura letteraria: come potrebbe scrivere se non leggesse? Ed infatti egli è di solito un pregevole scrittore ed un capace descrittore, che tramite immagini, metafore, parole pregnanti, sa evocare stati d'animo, emozioni, idee, deliri, comportamenti, riuscendo a chiarire strutture psicopatologiche che la convenzione non illumina (pag. 6).

Rossi prosegue riportando due brani di Minkowski, considerato l'alto esponente di questo tipo di cultura psichiatrica.

All'estremo opposto, sintesi dello psichiatra moderno, c'è lo psichiatra iperdiagnosta:

Lo psichiatra iperdiagnosta [...] tende ad accettare senza riserve, anche se si sforza di mantenersi critico, il dato consolidato da un libro, che egli non considera il prodotto di una onesta ma pur sempre discutibile ricerca di un gruppo di lavoro, bensì

una sorta di testo di riferimento senza il quale la diagnosi non è valida, aiutato dal fatto che difficilmente le accreditate riviste internazionali accetterebbero un lavoro senza la diagnosi del DSM. [...] Dunque, questo psichiatra moderno segue l'ultimo manuale dell'American Psychiatric Association e lo considera un trattato. Ciò che si pone fuori di esso tende ad essere scotomizzato, o ignorato, o, se si preferisce, negato [...] aumenta l'uso di termini come borderline, doppia diagnosi, bipolare, disturbo delirante, mentre termini come schizofrenia ebefrenica o catatonica si riducono, e nessuno di questi psichiatri parlerà mai di erotomania di De Clérambault o di delirio dei falsi riconoscimenti di Sérieux e Capgras, data la fuga dall'eponimo, eponimo che quando rimane viene anch'esso rimpicciolito e banalizzato, così come Gilles de la Tourette che diventa per il DSM-IV un borghesissimo Tourette. Questo serve solo, qui, a rendere l'idea delle tendenze banalizzanti di questo psichiatra: l'ipotesi di base rimane quella genericamente neurobiologica, ma molto lontana [...]

I prototipi e i rappresentanti illustri di questa specie sono moltissimi, e si potrebbero citare i membri della Task Force del DSM, anche se questa psichiatria attira fortemente i più giovani, per un certo grado di facilitazione e di agevolezza che produce, data la linearità e semplicità dei suoi assunti (pagg. 12-13).

Nelle descrizioni di queste due 'specie' di psichiatra (la seconda tratteggiata impietosamente) non si ritrovano forse gli aspetti più esemplificativi della *high culture* (nello psichiatra narratore) e della *mid-cult* nello psichiatra iperdiagnosta?

Rossi ha portato l'esempio di Minkowski come narratore, per suggerire il confronto tra psichiatri di epoche diverse. Il confronto però è ingiusto: da una parte l'élite, grandi pensatori e grandi scrittori che ci sono stati tramandati perché fuori dell'ordinario, dall'altra una visione contemporanea non selezionata e inserita in un contesto che obiettivamente chiede cose diverse. Tuttavia, se si vanno a leggere gli stessi argomenti, scritti durante le due epoche, si trova la differenza non tanto nelle capacità narrative, quanto nel diverso anelito verso l'esplorazione, la scoperta, l'interpretazione dei fatti psichici. Si leggano la trattazione dell'allucinazione, per fare un esempio, in

Minkowski o in Jaspers, e poi le trattazioni contemporanee (Faraveli e Lai 2003). I primi, filosofi a tutti gli effetti, tesi alla comprensione del fenomeno, le seconde volte a una descrizione, peraltro corretta e generalmente completa, ma priva di genuina curiosità intellettuale.

La trattazione delle allucinazioni dà un chiaro esempio del modo di essere e di pensare della psichiatria della prima metà del xx secolo. Visione olistica, integrazione (peraltro non sempre riuscita) di filosofia, psicologia, neurologia, capacità di osservazioni finissime e dettagliate del fatto clinico e interpretazioni raffinate e profonde che spesso finiscono per perdere l'aderenza con l'esperienza clinica reale. Una psichiatria colta, antropologica, globalizzante, sostanzialmente umanistica, certamente con un po' di autocompiacimento.

Se si confronta questo tipo di esposizione con quelle analoghe di un trattato moderno, specie se nordamericano, si coglie subito la differenza tra le due psichiatrie. Corposa, nobile, penetrante, ma probabilmente esercizio fine a se stesso quella di Minkowski, e forse anche di Jaspers; asettiche, descrittive, forse un po' superficiali quelle successive ai DSM.

Se, come sostiene Rossi, è lo psichiatra che cambia, e la psichiatria cambia di conseguenza (come negarlo?), che cos'è che determina il cambiamento dello psichiatra, se non gli stessi processi che Macdonald ha individuato nella nascita del *midcult*?

Fino ai primi anni sessanta la psichiatria era confinata in un ambito marginale della medicina, che faceva fatica ad accettare questa disciplina così peculiare come parte di sé. Non a caso la psichiatria si era dovuta fondere con la neurologia (Neuropsichiatria o Malattie nervose e mentali) per avere qualche riconoscimento. L'impatto della psichiatria sul mercato economico era trascurabile, se non per la spesa sostenuta per i manicomi. I profitti, relativamente piccoli, riguardavano la poca professione privata, soprattutto le psicoterapie.

La scoperta prima, e lo straordinario successo degli psicofarmaci poi, hanno convogliato sulla psichiatria una grande quantità di denaro. Inevitabilmente gli strumenti del mercato si sono rivolti a questo settore, forzando il cambiamento da un sapere apollineo, profondo, ma inutilmente complicato e difficilmente espandibile, verso modelli più accettabili, più lineari, più semplici. Ma soprattutto più *indirizzabili*. Cioè più manipolabili, più atti a essere dati in pasto ai pazienti, al pubblico, ai prescrittori, agli organi regolatori. Quindi sfruttabili

in termini economici. Anche qui evidente vicinanza ai modelli di Macdonald e di Eco.

Questo è il processo che, a mio avviso, ha più profondamente influito sul divenire della psichiatria.

Una corsa all'obiettivazione i cui i dettami epistemologici fondamentali della scienza empirica (Karl Popper, per capirci) sono stati utilizzati in forma attenuata, travisata, piatta, in ultima analisi *midcult* (si veda il cap. 5).

Dalla necessità di presentare sempre nuovi farmaci per un mercato assetato nascono le scale di valutazione, le diagnosi riproducibili. Da qui i criteri operazionali, le nuove classificazioni e i DSM, dal III in poi. Corollari inevitabili di ciò, arrivano le interviste strutturate, le linee guida, i protocolli terapeutici.

Qualche esempio di uso immiserito della cultura?

I creatori del DSM-III definirono questo sistema kraepeliniano e ateorico. In realtà esso seguiva il pensiero di Kraepelin solo per quanto riguarda la classificazione delle psicosi, e in questo neanche fedelmente. Mancava però il vero substrato innovativo di Kraepelin, la sua scelta di privilegiare il decorso rispetto ai sintomi delle malattie. Per quanto concerne i principi basilari della classificazione, gli estensori del DSM-III (come i loro successori) ne sembrano del tutto alieni. Eppure, pochi anni prima era stato dato alle stampe un pregevolissimo volume, estremamente esplicativo sul tema (Kendell 1975). D'altra parte, per quanto riguarda la conoscenza delle tassonomie, non si dimentichi che per un verso gli anni in cui Kraepelin si è formato (fine Ottocento) sono quelli della grande attenzione al naturalismo, e che il fratello di Kraepelin, Karl (1848-1915), era un ricercatore affermato in campo zoologico, direttore del Museo di storia naturale di Amburgo e autore di contributi importanti nella classificazione degli animali.

La scelta di essere ateorico ha di fatto portato il DSM all'effetto opposto. Una classificazione priva di un presupposto teorico è una di quelle situazioni in cui il non scegliere è di per sé una scelta importante. Non si può non scegliere se farsi la barba o no: nel frattempo la barba cresce. Immaginate di riordinare qualcosa (una stanza, un magazzino, uno scaffale, il contenuto del frigorifero, qualsiasi cosa vi venga in mente) rinunciando programmaticamente a qualsiasi principio organizzatore!

Fin dalla sua uscita, il DSM-III ha stupito per la sua mancanza di radici e per la sua proposta di una psichiatria così semplicistica. Proprio per la sua scelta di essere ateorico e di volersi staccare dai principi tradizionali, il DSM-III si è rivelato straordinariamente rivoluzionario. Oltre al principio di individuare nei sintomi manifesti l'unico indicatore dei processi patologici, l'abolizione delle nevrosi, la creazione dell'asse II e tante altre cose hanno cancellato con un colpo di spugna una evoluzione pluricentenaria, riportando la classificazione ai tempi precedenti Sydenham (1624-1689), che concepì la malattia non solo come insieme di sintomi, ma come complesso stabile nel tempo. Con il DSM-III si ritorna ai concetti della Scuola medica di Cnido (V secolo a.C.), quando le malattie erano la febbre, gli esantemi, eccetera.

Dopo aver contrabbandato per pensiero kraepeliniano una semplificazione priva di fondamenti teorici, nella psichiatria si è assistito all'adozione di una semeiotica (le interviste strutturate) che ha ignorato non solo tutti gli scritti sul colloquio psichiatrico, ma anche le nozioni elementari di psicologia della conoscenza. Si è pensato, secondo l'empirismo naif della tabula rasa, che l'osservazione potesse essere fatta senza una pre conoscenza della cosa da osservare, elemento negato da oltre un secolo (Hanson 1918). Le classificazioni, l'individuazione dei singoli disturbi (anche l'adozione del termine *disorder*, tradotto come 'disturbo', non trova una giustificazione fondata), la misurazione, l'adozione di metodiche proprie della medicina organica senza una adeguata organizzazione epistemica, sono tutte questioni che saranno trattate in questo volume sotto la luce critica di una fondazione culturale e scientifica insufficiente.

Un dettaglio: i primi quattro DSM erano contrassegnati in numeri romani, la quinta edizione adotta il numero arabo. Pare che la numerazione romana stia scomparendo dalla cultura occidentale (non solo americana). Il Louvre ha abbandonato i numeri romani per indicare i secoli, e recentemente (2021) anche il museo Carnavalet, dedicato alla storia di Parigi, ha detto addio ai numeri romani "perché possono essere un ostacolo alla comprensione". Esempio palese della cultura che deve abbassarsi per essere compresa, invece di chiedere ai fruitori di elevarsi. Negli Stati Uniti si celia che la numerazione romana sia usata solo per eventi di straordinario rilievo, come le guerre mondiali e il Super Bowl. Ma per il cinquantesimo Super Bowl si usò '50' perché 'L' sembrava troppo ostico per i cultori del football.

Posso aver dato l'impressione di un nostalgico della vecchia psichiatria, un estimatore del passato. Dato che ormai ho un'età venerabile e sono in pensione da tempo è logico aspettarsi un *laudator temporis acti se puero* (Orazio, Ars Poetica). Può darsi che sia così, anche se questi temi erano già presenti nei miei articoli giovanili.

In realtà, paradossalmente (anche se tanto paradossale non è) la psichiatria si è giovata di questa ipersemplicificazione, uscendo dal limbo di pseudoscienza di nicchia che le veniva riservato nel passato, per diventare un settore straordinariamente diffuso. La psichiatria attuale, con tutti i limiti che ho indicato e che indicherò nel prosieguo di questo volume, è infinitamente superiore a quella che ho trovato quando mi sono affacciato a questa disciplina cinquant'anni fa.

Come riferisce Eco, anche nella cultura massificata esistono dei vantaggi. Di alcuni di questi gli psichiatri hanno sicuramente usufruito:

- esiste uno standard professionale minimo accettabile, accessibile anche agli psichiatri di livello medio-basso, mentre lo psichiatra ignorante di una volta era davvero e pericolosamente incapace;
- esiste una internazionalizzazione del settore, che fa uscire dal provincialismo misero e limitato che ho conosciuto gli inizi della mia professione;
- la conoscenza di dati di ricerca internazionali oggettivi, anche se con i limiti che saranno discussi, pone lo psichiatra mediamente informato al riparo dagli eccessi di soggettivismo tanto frequenti una volta, quando bastava dire "penso che..." o "nella mia esperienza..." per sostituire le nozioni provenienti dalla ricerca;
- l'accesso ai mezzi di informazione e aggiornamento professionale è facile per tutti (questo anche grazie alla diffusione di quegli stessi mezzi di comunicazione, internet in particolare, responsabili dell'appiattimento del sapere psichiatrico);
- la probabilità che ha oggi un paziente psichiatrico di riportare benefici molto consistenti dal trattamento è infinitamente più alta rispetto a cinquant'anni fa;
- l'accesso dei pazienti alla psichiatria, straordinariamente demotizzata nei secoli, è notevolmente migliorato, con conseguente diminuzione dello stigma associato alla malattia mentale.

D'altra parte, anche il fast food alla McDonald's qualche nota positiva la ha, e devo confessare che varie volte, specie nei viaggi, mi ha risolto una situazione disagiata. Del resto, non penso che McDonald's sia di qualche nocumento alla cucina 'stellata', di cui non mancano certo gli estimatori. È sulla trasposizione di questo punto alla psichiatria (forse alla medicina) che ho qualche dubbio. È mia convinzione che l'appiattimento e l'accettazione di alcune convenzioni (una sorta di 'politicamente corretto' nella scienza) limiti molto la possibilità di divulgare nuove idee.

Ultimo punto che mi ha spinto ad affrontare gli argomenti qui trattati è la necessità di una continuità storica, o almeno la preservazione della memoria. Per gli psichiatri di oggi sembra che la psichiatria sia nata con il DSM-III e la scienza medica iniziata con Pub-Med.² Eppure, esiste una tradizione importante, portatrice di posizioni e impostazioni diverse da quelle di oggi, abbandonate non perché superate e non più valide, bensì perché le esigenze del cambiamento del clima culturale generale ha reso un altro tipo di psichiatria più appetibile e più consono al contesto generale. In questo non è estraneo l'impatto economico, come già accennato. Penso che la testimonianza di chi ha vissuto entrambe le psichiatrie possa essere di ausilio per gli psichiatri figli del DSM-III, così come ogni incentivo alla riflessione critica.

CARLO FARAVELLI

*LA PSICHIATRIA
CON MACDONALD*

*Una riflessione critica sugli sviluppi
della teoria e della pratica clinica*

L'autore ha attraversato nella sua lunga attività clinica, di ricerca e di didattica un periodo di repentine trasformazioni dei concetti e delle pratiche psichiatriche che ha configurato un'autentica rivoluzione di tutti i parametri clinici e teorici della disciplina.

È stato uno degli ultimi psichiatri a essersi formato sulla psichiatria precedente il DSM-III, ha potuto lavorare fianco a fianco con colleghi più anziani che avevano vissuto in prima persona l'ingresso degli psicofarmaci nei manicomi e osservato i mutamenti che ne erano derivati, ha conosciuto il lavoro nei manicomi prima della legge 180, ha interagito in prima persona con gli esponenti più rappresentativi della psichiatria mondiale, ed è stato professionalmente presente e attivo in tutti i sostanziali cambiamenti della disciplina degli ultimi cinquant'anni.

Proprio nell'attività dell'insegnamento per la specializzazione ha constatato con sorpresa che i giovani colleghi di recentissima formazione sembravano vivere una psichiatria dell'oggi senza alcun riferimento allo ieri, una destoricizzazione totale, in cui le nozioni e le convenzioni odierne venivano accettate senza alcun tentativo di approfondimento critico, o almeno di inquadramento storico. Ha avvertito dunque la necessità di tramandare un po' della sua esperienza per non lasciar cadere il divenire della materia psichiatrica nell'oblio totale, e per far sì

che non perdano le radici della professione e le usino per riflettere in misura più critica sulla loro pratica.

Il fulcro di questa complessa storia evolutiva della psichiatria è il passaggio epocale da una tradizione di medici-filosofi finissimi osservatori e narratori, ma lontani dall'uniformità clinica e diagnostica, a una psichiatria fatta di crocette sui questionari, ben stabilita, riproducibile, facilmente accessibile e comprensibile, ma straordinariamente povera di costrutti epistemologici, oltre che di profondità psicopatologica. Nel mezzo, come elemento unificante, vero artefice di entrambi i cambiamenti, l'ingresso sempre più massiccio del mercato, dell'interesse economico, teso ad allargare quanto più possibile il *plateau* dei fruitori di qualsiasi prodotto commercializzabile.

Questa la traccia di una narrazione tanto avvincente quanto precisa, tanto vissuta personalmente quanto rigorosamente oggettiva. E Macdonald? (o, forse, McDonald?) Il lettore lo scoprirà ben presto, sin dalle prime pagine.

* * *

CARLO FARAVELLI è stato professore ordinario di Psichiatria, direttore della Scuola di specializzazione in Psichiatria e del dottorato in Scienze psicologiche presso l'Università di Firenze. Per venticinque anni ha co-diretto il Master internazionale in Affective Neuroscience dell'Università di Maastricht. Presidente della Società Italiana di Psicopatologia dell'Alimentazione, consigliere della Società Italiana di Psichiatria e della Società di Psicopatologia, ha all'attivo numerose pubblicazioni scientifiche internazionali.