

Recensioni

Book reviews

a cura di Antonella Mancini e Paolo Migone*

Alla rubrica di questo numero hanno collaborato:

Andrea Castiello d'Antonio, Paolo Migone, Pietro Pellegrini, Euro Pozzi

Recensione-saggio

Sergio Benvenuto, *Lo psichiatra e il sesso. Una critica radicale della psichiatria del DSM-5*. Introduzione di Pietro Barbetta. Sesto San Giovanni (MI): [Mimesis](#), 2021, pp. 180, € 18,00

Lo psichiatra e il sesso, nonostante il titolo da inserto pruriginoso di settimanale bacchettone, è un libro che consiglio a tanti psichiatri. Qui ne propongo indicazioni, posologia e controindicazioni. Posologia e indicazioni: dosi moderate ma quotidiane ai tanti psichiatri convinti che la propria disciplina, dopo svariati *Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders* (DSM), siede a pieno titolo accanto alle altre discipline mediche. Meccanismo d'azione: il libro introduce quote di necessario "pensiero critico" nella mente di chi si trova a prendere quotidiane decisioni terapeutiche, sempre anche inevitabilmente "etiche", in modo quasi automatico grazie a protocolli e linee-guida. Si tratta di un saggio che ha l'ambizione di porsi come una critica alle tante critiche nei confronti dei DSM prodotti negli ultimi decenni, fino alla più recente del 2013, il DSM-5 (ricordiamo che il DSM-III è stato presentato, in anteprima per l'Italia, nel n. 4/1983 di *Psicoterapia e Scienze Umane*, il DSM-IV nel n. 1/1995, il DSM-5 nel n. 4/2013, e il DSM-5-TR è stato recensito nel numero scorso). Benvenuto fin dalle prime righe precisa che il DSM non usa il termine *diseases* (malattie) riferito al mentale ma utilizza il termine *disorders*, che nelle edizioni italiane è sempre stato tradotto con *disturbo*, mentre Benvenuto preferisce la traduzione più letterale di *disordini* che consente di porre subito in risalto l'essenza etico-politica e morale dell'intero sistema: i *disordini* sono immancabilmente oscillazioni rispetto a un presunto «ordine», a una presunta «normalità» (p. 22). In breve, il DSM proprio a causa delle dichiarate intenzioni di non abbracciare alcuna teoria rimane, a parere di Benvenuto, prigioniero di una quantità di teorie implicite di ordine filosofico di cui questo è solo un primo esempio.

* Per recensioni, schede, segnalazioni, libri da inviare: Antonella Mancini, Loc. Bacezza Case Sparse 6, 16043 Chiavari (GE), tel./fax 0185-313201, e-mail <antonella.mancini@antuca.it>, <mancini@ordinepsicologiliguria.it>. Istruzioni per i collaboratori della rubrica "Recensioni": pagina Internet www.psicoterapiaescienzeumane.it/recensioni.htm.

Psicoterapia e Scienze Umane, 2022, 56 (3): 501-507. DOI: 10.3280/PU2022-003011
www.psicoterapiaescienzeumane.it ISSN 0394-2864 – eISSN 1972-5043

Prima di passare alla metacritica proposta dall'Autore è utile ripercorrere i passi che hanno portato alla quinta edizione del DSM, cui questa rivista ha sempre dedicato grande attenzione in ragione del fatto che il sistema esercita un enorme "potere" tanto sulla ricerca scientifica quanto sui clinici (per una sintesi, si veda l'articolo di Paolo Migone, Presentazione del DSM-5. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2013, 47, 4: 567-600). Benvenuto osserva che il sistema ha inciso anche sulla formazione degli psichiatri per cui esiste una generazione di psichiatri precedente ai DSM, oggi *over 50*, in cui prevaleva la formazione sui grandi Trattati come Bini & Bazzi, Jaspers, Arieti, Ey (con i rispettivi sistemi teorici di riferimento) e una generazione successiva di psichiatri più giovani, approssimativamente *under 50*, formati sui DSM.

Comincerò con gli intenti originari dei vari DSM, evidenziando le caratteristiche comuni e le critiche. Ogni sapere disciplinare deve avvalersi di un sistema di riferimento condiviso tra gli esperti, ma per la psichiatria questo non è mai stato possibile perché i sistemi erano legati a scuole di pensiero medico-filosofiche inesorabilmente lontane. Nel dopoguerra anche per la psichiatria diventava sempre più urgente che gli specialisti parlassero la stessa lingua. I primi due DSM (del 1952 e del 1968) erano solo degli elenchi (brevi) di "disordini mentali", mentre dal DSM-III in poi prendeva forma più precisa l'ambizione di unificare i differenti sistemi diagnostici. L'impresa era ardua ma un sistema diagnostico attendibile e con una buona validità di costruito avrebbe permesso alla psichiatria di diventare una branca medica e approdare nel porto sicuro della medicina delle evidenze scientifiche (*evidence-based medicine* [EBM]). Per giungere a un sistema di classificazione unico e condiviso dei disturbi mentali Spitzer, il capo della *task force* del DSM-III del 1980, decise di rinunciare a ogni ipotesi eziologica (è per questo che gli ultimi tre DSM furono definiti "ateoretici") e costruire le categorie diagnostiche come una sommatoria di caratteristiche di tipo esclusivamente descrittivo (i "criteri diagnostici"), e questo avrebbe prodotto un sistema più "oggettivo", di tipo più medico. Questo approccio descrittivo dei DSM è stato definito anche "neo-kraepeliniano", ma forse impropriamente, perché Kraepelin non si limitava a descrivere attentamente i sintomi, ma faceva anche ipotesi eziopatogenetiche. L'impostazione di Spitzer però ha paradossalmente allontanato la psichiatria dalla medicina perché quest'ultima segue un approccio eziopatogenetico e non meramente descrittivo. Il sistema pensato da Spitzer è sprovvisto di una gerarchia e non prevede alcun sintomo tipico, ciascun sintomo/comportamento dello stesso insieme diagnostico ha lo stesso peso. Ogni diagnosi viene definita esclusivamente da un criterio numerico, ad esempio 5 criteri presenti su 9 possibili, per cui può accadere che la stessa diagnosi sia il risultato di combinatorie di sintomi differenti: 93 combinatorie diverse (!) possono dare luogo alla diagnosi di Disturbo borderline di personalità accomunando quadri clinici molto lontani. Ci si rese conto successivamente che le conseguenze di quest'impostazione rendevano il sistema inaffidabile per via della bassa attendibilità diagnostica (è il caso soprattutto dei Disturbi di personalità) e della bassissima validità di costruito (quadri clinici troppo diversi non hanno entità sottostanti comuni). Le successive revisioni dei DSM hanno cercato di porre rimedio a questi problemi alzando le soglie diagnostiche, ma con risultati discutibili. Il DSM-5 prova a superare questi problemi declinando alcune variabili in modo dimensionale, rilevandone le variazioni quantitative (ad esempio l'umore) come se formassero un *continuum*. È innegabile che alcune variabili non siano mai dicotomiche (assente/presente) ma si declinino per gradi diversi, ovvero possono

essere più o meno presenti. Questa scelta ha ridotto alcuni problemi (ad esempio ha migliorato la validità), ma ha aumentato esponenzialmente il numero delle possibili diagnosi; in sostanza, il DSM-5 coglie più sfumature ma aumenta il numero delle diagnosi. A questo bisogna aggiungere che nel lodevole, dal punto di vista medico, intento “preventivo” il DSM-5 si concentra anche sulle condizioni di disagio dell’infanzia e dell’adolescenza estendendo le diagnosi alle condizioni precliniche, ma così facendo si moltiplica ulteriormente il numero delle diagnosi e le conseguenti indicazioni terapeutiche: la diagnosi di “disturbo bipolare nell’infanzia e nell’adolescenza” si è moltiplicata (fino a quaranta volte!) (p. 23) generando un’impennata di prescrizioni farmacologiche fino a bambini di 3 anni. Questi rischi sono stati indicati dai capi delle *task force* dei precedenti DSM: Robert Spitzer (DSM-III) e Allen Frances (DSM-IV) – si vedano i loro interventi nella rubrica “Dibattiti” del n. 2/2011 di *Psicoterapia e Scienze Umane*, intitolata “Guerre psicologiche: critiche alla preparazione del DSM-5” – si sono fatti paladini delle critiche più accese accusando il DSM-5 di quello che Pier Francesco Galli fin dagli anni 1980 ha chiamato “diagnosticismo” (si veda il titolo del suo editoriale del n. 4/2014 di *Psicoterapia e Scienze Umane*, “L’anatra zoppa: DSM-5 e crepuscolo del diagnosticismo”); quasi nessuno oggi sfuggirebbe a una diagnosi psichiatrica e al relativo trattamento farmacologico. L’allarme è fondato perché oggi negli USA quasi il 20% della popolazione assume psicofarmaci (p. 27). Il risultato è un’“epidemia di malattie mentali” – parole queste che sono anche nel titolo dell’autorevole recensione-saggio di Marcia Angell pubblicata nel n. 2/2012 di *Psicoterapia e Scienze Umane*, che prende in esame diversi testi tra cui il DSM-IV-TR e il bel libro di Robert Whitaker del 2010 *Indagine su un’epidemia. Lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche nell’epoca del boom degli psicofarmaci* (Roma: Fioriti, 2013), segnalato anche a pp. 526-527 del n. 3/2013 – che favorisce la tendenza a far passare molte difficoltà della vita per malattie mentali da trattare con farmaci, operando una medicalizzazione della normalità (si rimanda a questo proposito all’articolo di Jerome Wakefield “Patologizzare la normalità”, a pp. 295-314 del n. 3/2010 di *Psicoterapia e Scienze Umane*). Tra le critiche al sistema c’è chi ha voluto vedere nella proliferazione diagnostica l’interesse delle aziende farmaceutiche (la diabolica *Big Pharma*). Le aziende produttrici di psicofarmaci hanno indubbiamente tratto enormi profitti dall’impostazione dei DSM, ma l’abbassamento delle soglie di patologia riguarda tutta la medicina e la psichiatria si allinea a questa tendenza. E qui comincia la critica di Benvenuto che ci fa notare come le accese critiche da parte di Spitzer e di Frances non siano approdate a nulla perché il DSM-5 porta alle estreme conseguenze la logica del sistema creato da loro stessi (p. 27). Per Benvenuto, infatti, è il successo del DSM ad avere attratto le aziende farmaceutiche e non viceversa (p. 51), tema che è approfondito nel capitolo 5 (“Psicofarmaci e «cervello rotto»”, pp. 111-125). Benvenuto cita in più punti i ripensamenti di Allen Frances, ma forse non era a conoscenza che questi nel 2012 (DSM-5 is guide not Bible – Ignore its ten worst changes. *Psychology Today*, 2 dicembre 2012) aveva già intuito il vicolo cieco in cui si era infilato anche con il suo DSM e fosse giunto alla conclusione che i futuri DSM non avrebbero più dovuto essere il prodotto di un gruppo formato esclusivamente da psichiatri, seppur altamente competenti (come è il caso dei componenti dell’*American Psychiatric Association* [APA]), ma anche da filosofi, politici e sociologi. Il profilo di Benvenuto sembra rispondere a questo appello: il Nostro ha una formazione filosofica, è psicoanalista ed è ricercatore di Psicologia sociale presso il

Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR). Questa formazione complessa e articolata, cui va aggiunta una buona capacità di pensiero decostruzionista, gli consente di aprire il libro con un capitolo dedicato interamente alla filosofia del DSM (pp. 21-58) e al suo impianto “antiscientifico”.

L'intero impianto del Manuale, secondo Benvenuto, è intriso di quelle che chiama “filosofie popolari dominanti”, nel senso che si appropria di pregiudizi correnti, visioni diffuse, tropismi politico-filosofici alla moda (p. 31), ovvero assume inconsapevolmente a proprio fondamento “luoghi comuni condivisi”, “teorie alla moda”, ed elementi di psicologia popolare (*folk psychology*). È precisamente l'assunzione del metodo scientifico in assenza di un'ipotesi teorica fondante a escludere la psichiatria – secondo Benvenuto – dalla medicina; così Benvenuto parla di una “bizzarra” pretesa del DSM di costruire un'ossimorica scienza ateoretica (p. 128) e vede in questo solo una forma di empirismo filosofico a cui farebbe inconsapevole riferimento la formazione di tanti psichiatri (p. 129). Quindi anche l'accusa più ricorrente di essere potenzialmente uno «strumento di controllo scientifico e oggettivo della popolazione» (p. 31) si arena di fronte alla constatazione che non vi è nulla di “oggettivo”. Argomentazioni queste che sono ampliate nel capitolo 7 (“L'impianto anti-scientifico del DSM”, pp. 127-145).

L'Autore identifica tre logiche alla base del DSM: l'utilitarismo benthamiano, una quota di “paternalismo” e il funzionalismo biologico (o aristotelico). Osserva, nel corso del libro, che queste tre logiche si intrecciano e persino si contraddicono ma sono riconducibili a “filosofie popolari dominanti”. Mentre le critiche al sistema sono etichettate come “antiscientismo spiritualista”.

Secondo Benvenuto il DSM-5 si appoggia sulla filosofia di Bentham, ma non sul Panottico (*Panopticon*) paventato da Foucault, bensì su un altro aspetto della sua filosofia, l'utilitarismo, nel momento in cui questo sostiene che i comportamenti umani sarebbero motivati principalmente dalla fuga dal dolore e dalla massimizzazione del piacere. Una forma aggiornata di edonismo per cui se un comportamento non arreca dolore ma piacere non rientra nel “patologico”. Per illustrare questo aspetto Benvenuto cita la derubricazione (relativamente recente, del 1973) dell'omosessualità dall'elenco dei “disturbi mentali” che avvenne attraverso un referendum – ma il referendum fa parte del metodo scientifico? – proposto da Spitzer tra i membri dell'APA a séguito delle forti pressioni delle comunità gay e di un cambiamento di mentalità nell'opinione pubblica (p. 37). Ma se l'utilitarismo implica che il singolo soggetto sia l'unico giudice del proprio piacere la faccenda si complica con il tema delle “sostanze” e il campo più vasto delle “dipendenze”. Le “sostanze” sono la forma più concreta e diffusa di “ricerca del piacere e fuga dal dolore”, e qui subentra la vocazione paternalistica che sospende i principi utilitaristici arrogando a sé il diritto di sapere cosa sia il “bene” dei cittadini. Nella stessa prospettiva l'Autore cita altre norme, non sempre sanitarie, ma ugualmente “paternalistiche”, come l'obbligo del casco alla guida delle moto, l'obbligo della patente per la guida e l'obbligo vaccinale, a cui non sfugge alcuno Stato (pp. 42-43). Si delinea qui una complessa zona grigia tra sanitario e giudiziario, tra malattia e reato, e su quest'ultimo aspetto Benvenuto fa una curiosa omissione: dimentica un obbligo che tocca a fondo la psichiatria nei suoi aspetti normativi, ovvero il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), che nella prospettiva qui delineata, sembrerebbe l'imposizione di un certo ordine a comportamenti altrimenti “disordinati”. Il DSM non parla di “malattia” e il punto dirimente diventa la definizione di “disordine” perché qui si gioca la

sottile distinzione tra normalità e patologia, ovvero lo specifico psichiatrico. Il Manuale definisce *disorders* tutti quei processi (psicologici, biologici ed evolutivi) che appaiono disfunzionali, perché non funzionano come dovrebbero (p. 45), ecco il “funzionalismo biologico”, terzo elemento alla base delle “filosofie popolari dominanti”. Secondo questo criterio l’essere umano sarebbe stato costruito in funzione di uno scopo, ma solo le macchine sono costruite in funzione di uno scopo e pertanto solo di una macchina si potrebbe stabilire se funziona o meno, mentre non si può affermare lo stesso degli esseri umani senza scivolare verso la religione, la metafisica o il pensiero teleologico (p. 43). Gli esseri umani esistono perché esistono senza l’obbligo di alcuna funzione predeterminata (p. 46) e la stessa biologia da tempo non è più teleologica (p. 46) e persino il funzionalismo biologico radicale, secondo cui tutte le specie (l’uomo fra queste) sarebbero orientate a massimizzare il proprio adattamento ai fini della sopravvivenza, costituisce certamente una premessa teorica forte alla base della “psicologia evuzionista”, ma anche questa è stata posta in discussione da vari autori (p. 128) – a questo proposito si veda la tesi sostenuta nell’interessante articolo di Jerry Wakefield “Realtà e valori nel concetto di disturbo mentale: il disturbo come disfunzione dannosa”, pubblicato a pp. 439-464 del n. 4/2004 di *Psicoterapia e Scienze Umane*.

Il Manuale manifesta appieno la propria vocazione etico-politica sul terreno dei “disordini sessuali” che divengono paradigmatici delle filosofie popolari dominanti (da cui il titolo del libro). Il DSM-5 qui appare come un ipermercato di “disordini mentali”, ma è particolarmente nel reparto *self-service* della sessualità che ciascuno sceglie ciò che più gli piace, col solo obbligo di non arrecare dispiacere o dolore agli altri. Tre capitoli del libro sono dedicati a tre sezioni del DSM-5: “i disordini parafilici” (cap. 2, pp. 59-77), ovvero le antiche perversioni; “le disfunzioni sessuali” (cap. 3, pp. 79-90), ovvero le condizioni di ipo/ipersessualità, e infine “le disforie di genere” (cap. 4, pp. 91-110), il transessualismo e altro. Rinvio al testo per una più approfondita disamina tra disordine e disfunzione qui particolarmente ricca e decisiva per definire la soglia del patologico. Rilevanti le osservazioni sul termine “disforia” riferito alle problematiche di genere che così facendo circoscrivono il patologico ai vissuti soggettivi di malumore, rabbia o dispiacere a definitiva conferma del fatto che, in assenza di una “teoria”, ci si limita a considerare il costrutto dispiace/dispiacere (nuovamente l’utilitarismo!) della persona il criterio dirimente. Il concetto è “non mi piace il genere che mi è stato assegnato e la cosa mi mette di cattivo umore”, ed è questo vissuto disforico a definire il “patologico”, per cui secondo il DSM-5 ciascuno sembrerebbe libero di scegliere cosa essere nell’ambito della sessualità. Ma non è così semplice. Ed è qui che Benvenuto, per la prima volta, propone un proprio abbozzo di nosografia *non* DSM (p. 101) di derivazione psicoanalitica. Egli attribuisce rilevanza alla forza determinate delle strutture soggettive, ovvero al declinarsi della posizione soggettiva rispetto all’oggetto, alla libido, all’ideale, all’identificazione, etc. (pp. 102-109), articolandole nei tre versanti più classicamente psicoanalitici: nevrosi, perversioni e psicosi. Il DSM qui conferma l’ambizione della psichiatria: di proporsi come una categorizzazione medica “oggettiva” che aspira ad assurgere a criterio legale, ago della bilancia nell’oscillazione del significato-valore dei comportamenti umani tra malattia e colpa, tra esimente e impunitività, mentre mostra i limiti della propria lettura dei comportamenti umani conformandosi semplicemente alle mode.

Nel capitolo 5 (“Psicofarmaci e cervello rotto”) l’Autore torna sul legame tra il sistema diagnostico e la psicofarmacoterapia. Benvenuto ci ricorda che il 70% degli psichiatri componenti la *task force* (p. 111) del DSM-5 era a libro paga delle aziende farmaceutiche, ma questo “conflitto di interessi” a suo giudizio non giustifica l’accusa che il sistema fosse manovrato da *Big Pharma*, anzi l’Autore ci spiega che la svolta “farmacologica” era avvenuta negli anni 1980 quando gli psichiatri dell’APA decisero di puntare tutto sui farmaci a fronte di evidenze sperimentali che mostravano come alcune molecole producessero significativi effetti su parametri come l’agitazione o l’umore. Si ritrovarono a ritroso delle ipotesi esplicative: l’ipotesi catecolaminergica dei disturbi affettivi risaliva al 1965 dagli studi della risposta dei ratti alla reserpina, come pure l’ipotesi dopaminergica della schizofrenia era stata formulata nel 1967 a partire dagli studi sul morbo di Parkinson. Ben che vada si tratta di verosimiglianza perché non è mai stato dimostrato che «ci siano alterazioni del sistema dopaminergico negli psicotici e del sistema serotoninergico nei depressi» (p. 116). Il “cervello rotto” resta un’ipotesi che deriva dalla pratica, mentre la pratica farmacologica non deriva da «ipotesi scientifiche» (p. 116) – si veda a questo proposito il saggio di Marcia Angell nel n. 2/2012 di *Psicoterapia e Scienze Umane*, prima citata, che spiega bene come sono fragili le ipotesi biologiche delle malattie psichiatriche (e lo fa in modo autorevole, avendo diretto la più importante rivista medica del mondo, il *New England Journal of Medicine*).

Il capitolo 6, “L’impianto anti-scientifico del DSM”, ritorna all’“empirismo ateoretico” che a suo parere approda solo a una classificazione tipo Linneo (p. 131) che, analogamente al DSM, si basava unicamente sull’osservazione empirica e, nel campo della biologia, era sprovvisto di una teoria forte. Nel DSM-5, per rientrare o uscire dal lungo elenco dei *disordini*, non contano tanto le scoperte scientifiche (p. 134), ma soprattutto le pressioni etico-politiche. Come aveva già notato precedentemente Migone a p. 592 dell’articolo di presentazione del DSM-5 nel n. 4/2013 di *Psicoterapia e Scienze Umane*, prima citato, in medicina solo una teoria della malattia consente di parlare di diagnosi e di terapie.

Infine, nel capitolo 7, “Psichiatria della vita?”, l’Autore riconduce le “critiche dei DSM” alla crescente medicalizzazione della vita. La critica alla medicalizzazione della vita può prendere due strade. Nella prima, la psichiatria sarebbe una macchinazione “ideologica” degli psichiatri più potenti, quelli americani, in combutta con *Big Pharma* (p. 151); ma questa è la versione “complottistica” e più infantile della biopolitica (il Panottico benthamiano e l’incubo orwelliano). Oggi esiste una seconda strada: la “vita cibernetica” in cui ciascun “dominato” diventa nello stesso tempo artefice attivo del proprio controllo: «Siamo noi, cittadini del mondo iper-industrializzato, a pagare esperti di ogni tipo perché ci aiutino a controllare noi stessi, fisicamente e spiritualmente» (p. 153). La sensazione che gli altri siano asserviti alla tecnologia diventa solo la proiezione del nostro bisogno di comandare noi stessi. Sempre più spesso chiediamo agli specialisti “protesi” per raggiungere migliori prestazioni, ad esempio avere migliori rapporti interpersonali. Quasi tutti facciamo appello alle tecnoscienze per diventare quel che desideriamo essere o avere (Byung-Chul Han, *Psicopolitica. Il neoliberalismo e le nuove tecniche del potere* [2000]. Roma: Nottetempo, 2016).

Il libro di Benvenuto apre molti interrogativi: una disciplina che adotta un approccio descrittivo e una metodologia sperimentale ma è sprovvista di una propria teoria è ben che vada una pseudoscienza, tuttavia è sufficiente per offrire una maschera medica agli psichiatri e attribuire loro un primato nel proporre terapie e formulare valutazioni sulle possibili cure. Lo psichiatra, come ogni medico, ha il dovere di procedere alla valutazione di una possibile causa organica alla base dei sintomi, ma l'impostazione dei DSM e l'adozione della EBM ha operativamente marginalizzato gli psichiatri relegandoli alla farmacoterapia, e non si comprende a quale titolo mantengano un primato all'interno della crescente offerta di *care* e "cure": dalle psicoterapie cognitive, alle tecniche *New Age*, fino alla "consulenza filosofica" (p. 137). Anche nei casi più tipicamente psichiatrici, come psicosi e disturbi bipolari, gli psicofarmaci incidono, spesso utilmente, solo su alcuni parametri del problema clinico, mentre si tratta di realizzare percorsi di cura ben più complessi e articolati che necessitano di tante altre professionalità. Con il DSM-5 il disagio psichico perde definitivamente ogni legame con le antiche "malattie mentali" ma anche con la psicopatologia, e poiché diventa "patologico" semplicemente ciò che "dispiace" al soggetto, come ci ricorda Benvenuto in tutto libro, esiste già una miriade di altre proposte di *care/cures* (p. 137) con tanto di professionisti, tecniche e pratiche che si rivolgono a chiunque e non specificamente ai "disturbi mentali". Esattamente come al supermercato ciascuno trova e sceglie ciò che preferisce.

Per tutte queste ragioni secondo Benvenuto è ipotizzabile che tra una ventina di anni (p. 136) non si userà nemmeno più il termine psichiatria, e in effetti già oggi sempre più spesso viene considerato "psichiatrico" tutto ciò che necessita di un intervento delle forze dell'ordine (p. 137); il DSM stesso è un elenco di "disordini" e gli psichiatri sono chiamati in causa nelle procedure (vedi il TSO) in cui è necessario imporre un certo "ordine" a comportamenti altrimenti troppo "disordinati". Gli psichiatri sono professionisti con una formazione medico-sanitaria, ma in futuro forse saranno sempre più solo il braccio armato di psicofarmaci per l'ordine pubblico.

Sia la società che il sistema giuridico-sanzionatorio riconoscono ben volentieri questo ruolo agli psichiatri, ed essi, a propria volta, fanno il possibile per accaparrarsi questo credito. Sta crescendo il numero dei giovani psichiatri che completano i propri studi specializzandosi anche in criminologia.

Un recente articolo pubblicato su questa rivista (Andrea Angelozzi, Problemi della previsione in psichiatria. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2021, 5, 4: 623-646) ha preso in esame il fatto che gli psichiatri sono chiamati a esprimersi sulla prevedibilità di gravi comportamenti futuri (suicidarietà o comportamenti violenti) da parte di persone con diagnosi psichiatrica. Angelozzi ha confrontato i tantissimi studi sull'attendibilità del metodo clinico *versus* il metodo attuariale: il metodo clinico è nettamente inferiore al metodo attuariale e ha le stesse nulle capacità previsionali del "buon senso" (il 50%, a riprova di essere un coacervo di "filosofie popolari dominanti") al punto da concludere che la responsabilità degli psichiatri non sta nel non riuscire a fare previsioni attendibili, ma nel credere e nel far credere che questo sia possibile.

Forse in futuro gli psichiatri attueranno le proprie "terapie" ai troppo "disordinati" su sollecitazione di un intelligente algoritmo? Mentre ad altri professionisti spetteranno le cure del disagio psichico.

Euro Pozzi