

Quando dico “scientifico” cosa dico? Valori d'uso del termine nei manuali diagnostici

*Elena Faccio**, *Jessica Neri*** e *Antonio Iudici****

Riassunto. La legittimazione dei diversi approcci teorici che si occupano dei cosiddetti *fenomeni psicologici* è vincolata al grado di *scientificità* che ciascuno di essi può garantire. Le modalità, spesso autoreferenziali, con le quali si afferma il proprio *rigore scientifico* hanno dunque diverse implicazioni, sia nella comunicazione tra professionisti della “salute mentale”, sia nella gestione delle problematiche espresse dalla gente comune. Con questa ricerca si è tentato di esplorare i significati legati all'utilizzo dell'aggettivo “scientifico” in alcuni dei principali manuali oggi usati per la valutazione del disagio mentale. L'analisi compiuta sembra suggerire che l'uso di tale termine non sempre sia sostenuto da una consapevolezza circa i criteri di scientificità propri alle varie “lingue” che compongono la psicologia clinica. L'ICD-10 mutua i criteri di “*scientificità*” che sono propri del *modello biomedico* senza problematizzarne l'estensione, il PDM considera “*buona scienza*” l'accurata descrizione dei fenomeni clinici complessi in attesa di una loro validazione empirica; ateoricità, neutralità, oggettività ed esattezza diagnostica rappresentano le connotazioni del termine “scientifico” nel DSM. La soggettività è condizione imprescindibile del fare scienza per il PDM, mentre rappresenta una minaccia alla scientificità nel DSM. Quasi fosse una sorta di fascia elastica, il termine viene “dilatato” in vari modi, a volte opposti, al fine di proteggere quanto utile a chi scrive, esattamente come accade con i paraventi ideologici.

Parole chiave: Epistemologia, Criteri di scientificità, Senso comune, Linguaggio

Abstract. The legitimation of the different theoretical approaches interested in the analysis of the so-called psychological phenomena, is bound in the level of *scientificity* that each one is able to guarantee. The self-referential modalities by which each approach affirms its scientific rigor have therefore many implications, both in the communication between mental health professionals and in the management of the problems expressed by the common people. With this research we tried to explore the meanings related to the use of the adjective “scientific” among three of the most used manuals for the evaluation of the mental disease. The results of our analysis suggest that the use of this word is not always sustained by the awareness about the criteria of “*scientificity*” belonging to the different “languages” (theoretical approaches) that characterize the clinical psychology. The ICD-10 borrows the criteria of “*scientificity*” from the *biomedical model*, without questioning it; the PDM considers as a “*good*

*Professore Associato di Psicologia Clinica, Università di Padova.

** Psicologa, Specializzanda presso la Scuola di Psicoterapia Interattivo-Cognitiva di Padova, Dottoranda in Scienze Sociali: Interazioni, Comunicazione e Costruzioni Culturali, Università di Padova.

*** Professore a contratto, Università degli Studi di Padova.

science” the accurate description of the complex clinical phenomena, and declare to be waiting for their empirical validations; the use of the term “scientific” in the DSM is characterized by the declaration of neutrality and of absence of theoretical assumptions, objectivity and punctuality in diagnosing. Subjectivity is the core condition of doing science for the PDM, while it represents a threat to the scientificity for the DSM. Almost as if it was a sort of an elastic bandage, the term is dilated in different ways, sometimes opposed, in order to protect what is useful for the authors, exactly as it happens with the ideological screens.

Keywords: Epistemology, Scientific criteria, Common Sense, Language

1. Introduzione

Nel presente lavoro porremo particolare attenzione all'uso delle parole. Vi sono alcune parole il cui significato è costantemente esposto a forme di strumentalizzazione. Potremmo definire “vocaboli passe-partout” quei termini capaci di aprire delle porte grazie all'alone semantico che sono in grado di attivare nella mente dell'interlocutore. Ogni periodo storico si caratterizza per vocaboli passe-partout capaci di riflettere alcuni dei valori che quel periodo ha “scelto” di difendere. La nostra epoca ha assegnato questo potere a ciò che viene descritto ad esempio come “naturale”, come “ecologico”, ma anche come “scientifico”.

Presentare come “scientifico” un ritrovato (che si tratti di un dato di ricerca o di un protocollo d'intervento) significa dotarlo di una serie di garanzie in termini di affidabilità, di credibilità e di “serietà”. Tutti gli studenti provano un sospiro di sollievo quando scoprono che l'approccio teorico che stanno studiando è “scientifico”, in confronto ad altri che non si dichiarano esplicitamente tali. Raramente tuttavia s'interrogano sul significato del termine, e quindi sul suo valore d'uso; usano semplicemente il termine a propria garanzia. Una volta assicurati, “sulla fiducia” tornano a dormire sonni tranquilli, poiché credono di aver messo “in buone mani” la propria formazione.

Oltre al rischio di alimentare questo atteggiamento ingenuo, l'uso protratto di parole passe-partout espone ad un secondo pericolo: quello di trasformare i termini stessi, caricati di estensioni semantiche improprie, in bozzoli vuoti e non ultimo, al rischio di appiattare la raffinatezza e la complessità del nostro vocabolario a poche e sempre meno efficaci etichette linguistiche.

Come sostiene il poeta Eluard, ciò accade proprio perché abbiamo ridotto, consumato, estenuato, svuotato con un uso eccessivo e soprattutto inconsapevole quei vocaboli. Come ri-abilitarli? Come rigenerare le nostre parole? Per restituire loro senso, consistenza, colore, suono, odore, dobbiamo farle a pezzi, decostruirle e poi ricostruirle. Gli antichi lo facevano con l'identità degli schiavi, mediante la cerimonia della “manumissione” (Carofiglio, 2010). Questo termine stava ad indicare sia l'operazione di messa in schiavitù, di perdita di diritto, di violazione (alias per le parole: di svuotamento), sia l'atto di liberazione, di ricostruzione del proprio senso e dell'esistenza. Solo dopo l'operazione di manomissione potremo usare le nostre parole per raccontare nuove realtà, rendendo chiaro a noi ed agli altri il recinto semantico a cui ci riferiamo nel pronunciarle.

2. Il punto di partenza: il linguaggio

L'autore che ha ispirato molte delle riflessioni che faremo nel nostro esercizio di manomissione del termine "scientifico" è il filosofo del linguaggio Wittgenstein. Poiché il linguaggio è lo strumento principale del rapporto tra gli esseri umani e della cognizione del mondo, esplorare i ruoli delle parole è fondamentale per la nostra comprensione della realtà. Secondo Wittgenstein, quando chiediamo il significato di una parola, stiamo in verità chiedendo qualcosa riguardo al modo in cui essa viene utilizzata. Il significato di una parola non è infatti l'oggetto di cui la parola è il nome, bensì può essere chiarito guardando alla gente reale che usa quel termine in circostanze reali (e immaginate). Nuovi usi sono a loro volta tacitamente influenzati da vecchi usi. Spesso siamo tentati di stabilire un singolo modello per l'uso delle parole quando riflettiamo su quello che esse significano, ma anziché fare assunzioni sulle essenze linguistiche, noi dovremmo guardare a come le parole sono *realmente usate* e agli affetti di realtà che il loro uso genera. Il linguaggio è una forma di vita e le parole non sono specchi in cui si rifletta la realtà, bensì formule convenzionali, il cui senso deriva dall'uso nel contesto. Le nostre pratiche linguistiche condizionano le rappresentazioni degli eventi, in particolare di quelli psicologici, e per contro, le nostre concettualizzazioni della scientificità non possono prescindere dai dispositivi linguistici che utilizziamo per esprimerla.

Al fine di indagarne le possibili implicazioni, entreremo nell'etimo e nei significati che l'aggettivo "scientifico" assume nel contesto d'uso di vari manuali diagnostici. Lo studio dei modi d'uso di questo aggettivo, indagato attraverso un esercizio di "rappresentazione perspicua" ci vuole argonauti della *semiosfera* al pari di astronauti fluttuanti nell'atmosfera (Mininni, 2000). La *semiosfera* è quello spazio relazionale dove si esprime il processo, dove il linguaggio rappresenta l'universo dell'interazione; per esplorarla ci affideremo alla possibilità di espandere gli usi del termine contemplando anche quelli inusuali o impossibili: cercheremo di inventare e di introdurre nuovi giochi linguistici allo scopo di far emergere aspetti e punti di vista diversi in rapporto alle ormai consolidate regole d'uso dell'aggettivo "scientifico", smuovendone la fissità. Il metodo degli esperimenti mentali proposto da Wittgenstein ha proprio lo scopo di evidenziare che gli esseri umani sono imprigionati dal loro stesso modo di parlare e da certe immagini incorporate nel linguaggio. Questo è anche l'obiettivo della "terapia della psiche" che si va ad affermare nella visione post-moderna: il cambiamento avviene nelle regole linguistico-rappresentazionali responsabili della costruzione di una particolare configurazione discorsiva di cui non si riesce a figurarsi il contrario e neppure come sarebbe se fosse diversamente (Wittgenstein, 1929-48, §461) e che, quindi, viene messa in scena e "letta" in modo sempre uguale (Faccio, Centomo, Mininni, 2011).

Wittgenstein sviluppa questo metodo con lo scopo di rendere visibile l'uso delle parole. "Una delle fonti principali della nostra incomprendimento è il fatto che non vediamo chiaramente l'uso delle nostre parole. La nostra grammatica manca di perspicuità. La rappresentazione perspicua rende possibile la comprensione" (Wittgenstein, 1953, p. 122). Essa consiste fondamentalmente nel "vedere le connessioni" e, quindi, nel trovare e costruire "casi intermedi" (Wittgenstein, 1953, p. 122).

Questo metodo fornisce la possibilità di porre attenzione ai giochi linguistici, ai significati assunti dai termini nei diversi contesti d'uso, a eventuali similarità, differenze e particolarità e all'uso metaforico e/o analogico di certe unità simboliche.

Per questi motivi, l'analisi linguistica effettuata per mezzo della rappresentazione perspicua, può permettere di identificare e sottolineare alcuni errori e scorrettezze che vanno a limitare impropriamente gli usi dei costrutti psicologici sottostanti (Harrè & Tissaw, 2005).

3. Obiettivi

Questa ricerca ha per obiettivo l'esplorazione dei processi di costruzione e significazione dei criteri di scientificità all'interno dei manuali diagnostici più utilizzati in ambito psicologico.

Coerentemente con quanto descritto rispetto al ruolo del linguaggio nella costruzione della scienza e dei suoi criteri fondamentali, si è scelto di analizzare l'uso del termine "scientifico" e delle unità simboliche ad esso associate nei manuali diagnostici più accreditati e utilizzati a livello internazionale: la "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" nella sua decima revisione (*ICD-10*, WHO, 2010), che persegue obiettivi epidemiologici e statici e si delinea per un approccio descrittivo-sindromico; il "Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali" nella quinta edizione (*DSM-5*, APA, 2013), caratterizzato dall'approccio nosologico-descrittivo e il "Manuale Diagnostico Psicodinamico" (*PDM*, PDM Task Force, 2008), che si diversifica per un approccio psicodinamico e psicoanalitico relativamente al disagio psicologico.

Gli obiettivi specifici perseguiti in questa ricerca consistono:

- Nella ricerca dei valori d'uso di questi termini, nonché delle configurazioni di senso e degli impliciti strettamente legati al procedimento diagnostico in psicologia e in psichiatria.
- Nell'ipotesi e nella problematizzazione degli effetti pragmatici derivanti dall'uso di particolari significati connessi alla "scientificità" e dalle specifiche modalità di utilizzo degli stessi.

4. Metodo e analisi dei dati

L'analisi linguistica ha avuto inizio con l'individuazione di tutte le unità simboliche relative al sostantivo "scienza", all'aggettivo "scientifico" ed altre parole ad esse legate, fase che ha permesso un primo confronto tra i manuali rispetto al tipo di termini usati e alle loro associazioni.

Successivamente sono state create alcune categorie concettuali (di seguito riportate) sulla base di similarità grammaticali e tematiche dei termini trovati, ciascuna delle quali è risultata rilevante per l'analisi dei criteri di scientificità implicati e per la comprensione del processo di conoscenza scientifica relativamente ai tre manuali.

Infine sono stati analizzati i modi d'uso dei termini all'interno delle categorie, mettendo in evidenza i loro significati, gli impliciti e le possibili implicazioni pragmatiche.

Questi passaggi hanno permesso di svolgere a tutti gli effetti un esercizio di rappresentazione perspicua, della quale si possono elencare alcune delle categorie concettuali individuate:

- 1 Progresso e sviluppo scientifico
- 2 Osservazione scientifica
- 3 Scienze fisiche, naturali e biologiche
- 4 Accuratezza scientifica ed evidenza
- 5 Utilità e fondatezza scientifiche

L'analisi delle modalità d'uso dei termini all'interno dei tre manuali e delle possibili conseguenze pragmatiche è stata svolta attraverso i seguenti criteri metodologici:

- La ricerca di connessioni tra unità simboliche e teorie sviluppate nel corso della storia;
- L'individuazione di differenze e analogie grammaticali e semantiche nelle categorie e nei manuali;
- La presa in considerazione di un polo di significato immaginando quello opposto.

Come per tutte le categorie, le varie modalità di utilizzo delle unità simboliche sono state analizzate criticamente e contestualizzate, in modo tale da poter riflettere sulle configurazioni di senso e su alcune implicazioni nella pratica clinica e nella ricerca.

5. Risultati

5.1. "Progresso e sviluppo scientifico"

L'espressione "progresso della scienza" compare nell'ICD-10 come formula portatrice di un significato auto-evidente, viene usata infatti in modo generico, senza descrivere cosa assuma implicitamente. La si cita al fine unico di specificare come storicamente sia avvenuto l'aggiornamento della "lista internazionale delle cause di morte", tema al quale è dedicato un capitolo del manuale. Sebbene non venga descritto questo progresso, i riferimenti e gli elementi che nel testo vengono associati al termine "scienza" rimandano alla prassi medica e alle cosiddette scienze fisiche, alla necessità di avvalersi di principi tassonomici e all'importanza dell'accuratezza diagnostica. Ne discende che le caratteristiche del progresso scientifico potrebbero essere l'elaborazione statistica e nosologica, intese come attività da eseguire in modo meticoloso adottando il modello medico.

Molti dei termini che vengono utilizzati nel DSM-5 possono rientrare in questa categoria concettuale, ad esempio: "sviluppo", "progressi", "sforzi", "scoperte", "meriti" e "anticipazioni", tutti questi sostantivi vengono infatti utilizzati in abbinamento all'aggettivo "scientifico". La scienza è vista qui come attività in grado di dare risposte certe, infallibili e sicure poiché tenta di fondarsi su studi quantitativi che provengono da altre discipline, tra le quali le neuroscienze, gli studi cognitivi, l'epidemiologia e la neurologia.

Non vengono messi in discussione i temi della "certezza" o "incertezza" dei propri dati e la difficoltà nel raggiungere risultati definitivi, come invece accade nell'ICD-10. Qui l'incertezza e l'incompletezza vengono viste come una fase del procedimento classificatorio che verrà risolta in un prossimo futuro per mezzo della scienza, della "scienza dei disturbi mentali", immaginando che il tempo consenta un incremento dei

ritrovati della scienza, secondo un modello di progresso lineare, com'era per il positivismo e per il neopositivismo.

È ritenuta parte di questo progresso l'acquisizione di un approccio dimensionale, in opposizione a quello categoriale precedente. I “meriti scientifici” che hanno consentito il miglioramento della conoscenza rimandano al contributo dei test e di strumenti di indagine di tipo quantitativo, i quali avrebbero soddisfatto i criteri di ricerca *evidence-based* e sarebbero stati approvati dalla Task Force oltreché dai gruppi di lavoro che hanno analizzato le varie aree di cui si compone il manuale. L'ultima parola – così dichiara il manuale – spetta comunque ai gruppi di lavoro: la scelta dei criteri da utilizzare e delle dimensioni da considerare viene affidata ai professionisti e non ai risultati dei test. Ciò lascia ad intendere che non sia possibile attuare fino in fondo un approccio neutrale, oggettivo e basato puramente su dati quantitativi, in quanto i redattori ed i professionisti rimangono comunque costantemente implicati in un processo interattivo con le persone delle quali si occupano.

Si segnala inoltre che, tra le critiche mosse al DSM-5 e ai metodi della sua preparazione, si trovano quelle di Robert Spitzer, capo della Task Force del DSM-III e di Allen Frances, capo della Task Force del DSM-IV. Il primo pone in evidenza sia i problemi conseguenti alla creazione degli “spettri”, come l'ampliamento delle categorie diagnostiche e la progressiva tendenza alla patologizzazione (Wakefield, 2010), sia il ruolo degli esperti. In riferimento a quest'ultimo punto, egli ha pubblicamente condannato l'APA per aver obbligato i membri della Task Force del DSM-5 a firmare una promessa scritta legata al mantenimento della riservatezza circa le informazioni sul gruppo di lavoro (Spitzer, 2011). In tal senso si erano manifestati non pochi problemi anche con il DSM-IV, infatti è stato dimostrato che più della metà degli autori di questo aveva legami finanziari con l'industria farmaceutica (Cosgrove *et al.*, 2006). Frances (2011), d'altra parte, ha fatto notare che il progetto delle prove sul campo (*field trials*), sebbene molto costoso per l'alto numero di soggetti coinvolti, dei centri implicati, degli strumenti e delle valutazioni previste, non avrebbe garantito risultati importanti e non avrebbe permesso di studiare i dati di prevalenza per via di alcuni vizi metodologici non risolti a monte (bassa validità, falsi positivi, ecc.), anche per l'impossibilità di fare correlazioni con il DSM-IV, data la diversità della struttura dei manuali.

Secondo i redattori del PDM, al contrario di quanto sinora emerso, il progresso scientifico non sarebbe vincolato alla ricerca neuroscientifica e/o di stampo medico.

“Una volta, nei secoli bui, gli psicoterapeuti lavoravano ognuno a modo suo, senza la guida di dati scientifici. Un giorno però un gruppo di coraggiosi guerrieri, che chiameremo i “Cavalieri della Tavola della Contingenza”, s'imbarcarono nell'impresa di un'accurata verifica scientifica, in condizioni controllate, delle terapie. Lungo il cammino, i Cavalieri dovettero superare molti ostacoli. Uno dei più tremendi furono i ricchi Signori del Farmaco (Drug Lords), accampati in tenebrosi fossati (mercky moats) coperti di gigli d'acqua (lilly pads). Non meno infidi furono i clinici-draghi che ruggivano, soffiando fiamme di fuoco, ma in realtà senza basarsi su dati obiettivi, che il loro modo di praticare la psicoterapia era il migliore. Dopo molti anni di sforzi instancabili, i Cavalieri s'imbatterono in un gruppo di terapie validate empiricamente che facevano stare meglio la gente. Cominciarono allora a mettere a punto delle linee guida per la

pratica clinica, così che i pazienti ricevessero per i loro specifici problemi i migliori trattamenti possibili. E affinché, finalmente, la Scienza prevalesse e ci fosse pace (o se non altro meno affettività negativa) sulla terra” (PDM 5, pp. 566-567).

La storia qui riportata è un sorprendente estratto del manuale. Con uno stile decisamente satirico essa solleva dubbi circa i limiti della metodologia *Randomized Controlled Trials* (RTC), da molti considerata come il *Gold Standard* della ricerca in psicoterapia. Secondo gli autori del PDM essa si baserebbe “su assunti particolari che potrebbero essere abbastanza validi per alcuni disturbi e trattamenti, ma sostanzialmente verrebbero violati in altri” (p. 565). In un ulteriore passo del manuale si aggiunge che non solo la “scienza” e il criterio dell’evidenza sono in grado di distinguere tra interventi efficaci ed inefficaci, ma che è necessario considerare anche gli aspetti empirici e relativi al contesto clinico. In particolare si parla di utilità scientifica e clinica, la quale richiederebbe di porre attenzione alle condizioni per cui alcuni metodi empirici sono utili nel testare certi tipi di interventi per certi tipi di disturbi (p. 568). Il senso generale della satira non è quello di denigrare gli studi sull’evidenza, bensì di renderli più flessibili e di integrarli con dati riproducibili ottenuti con metodi empirici.

Si può inoltre notare come, nel manuale, la scelta delle categorie teoriche per la definizione del profilo del funzionamento mentale di un paziente testimonia la volontà di partire dall’esperienza pratica e dal contesto clinico, mettendo a rischio il rilievo della riflessione teorica. Viene infatti presentato un elenco di concetti per la definizione del “funzionamento mentale” senza precisare quale quadro teorico ed epistemologico li sostanzia. Tale focus sull’operare del clinico non è privo di criticità: in assenza di un modello, si tende infatti a ricadere sull’esperienza del clinico, demandando a questi lo studio del funzionamento mentale (nel manuale l’Asse M) e affidandogli la costruzione di una mappa cognitiva dei concetti da poter utilizzare in modo economico ed efficace per il suo ragionamento circa il paziente (Albasi & Lasorsa, 2008). Questo, in altri termini, non è evitare assunti teorici, ma usare teorie implicite del clinico.

5.2. “Osservazione scientifica”

Nell’ICD-10 non si trovano termini che possano essere inclusi in questa categoria, al contrario del DSM-5 e del PDM in cui sono ripetuti numerose volte.

Nella “Prefazione” del DSM-5 (p. xliii) sono esplicitate alcune caratteristiche salienti del testo, tra cui quella di essere una guida utile alla pratica clinica e quella di avere una nomenclatura applicabile in diversi tipi di situazioni e da differenti modelli teorici, per via di un linguaggio comune sugli aspetti “essenziali” dei disturbi mentali.

“Collegato alle raccomandazioni rispetto alle modifiche nella struttura dei capitoli del DSM-5, i membri del gruppo di studio degli spettri diagnostici hanno esaminato come i validatori scientifici possono informare su possibili nuovi raggruppamenti o disturbi correlati tra i quadri categoriali esistenti” (DSM-5, p. 12).

I criteri di riferimento necessari per facilitare la valutazione oggettiva dei sintomi in diversi contesti clinici e negli studi epidemiologici dei disturbi mentali, sono ritenuti precisi e chiari. Nella Prefazione questi criteri non sono esplicitati, ma si potrebbe

pensare corrispondano a quelli elencati nella seconda sezione relativa all'“Uso del Manuale”: criteri diagnostici e descrittivi, sottotipi e specificatori individuati per ciascun disturbo. Va inoltre ricordato che, nonostante il manuale offra una classificazione categoriale di disturbi separati, viene riconosciuta la presenza di sintomi che non rientrano unicamente in una sola categoria e per questo motivo si è cercato di creare una nuova struttura organizzativa, in armonia con l'ICD-11.

Tra i cambiamenti introdotti nell'ultima versione del DSM-5 vi è “l'integrazione dei risultati scientifici della recente ricerca nella genetica e nella *neuroimaging*” (p. xliii).

Il supposto legame tra la scientificità e la biologia è chiaro, a indicare come scientifico ciò che si riferisce alla genetica e al sistema nervoso. A proposito di questo, si parla di fattori di rischio genetici e fisiologici, di indicatori prognostici e di altri presunti indicatori diagnostici; inoltre la nuova struttura del manuale permetterebbe di migliorare l'identificazione delle diagnosi in spettri di disturbi sulla base di comuni circuiti neurali, di una vulnerabilità genetica e di esposizioni ambientali (p. 12). Numerosi disturbi dovrebbero possedere precise cause organiche, e ciò permetterebbe il tentativo di avvicinamento al modello medico, sia per la ricerca delle cause (e la conseguente individuazione delle patologie fisiche), sia per ristabilire la normalità sanitaria.

A fronte di questo tentativo, si possono avanzare alcuni interrogativi: il primo, quale dovrebbe o potrebbe essere il ruolo della psichiatria in tutto ciò? Disattendere il suffisso “psi” che indica qualcosa che non è organico e il cui etimo rimanda alla “cura dell'anima”? E il secondo: quali potrebbero essere, pertanto, i rapporti con la neurologia, disciplina che studia le patologie del sistema nervoso centrale?

Nell'“Introduzione” è riportato il riconoscimento di un grande merito in termini di affidabilità al DSM, sia da parte dell'APA che dalla più ampia comunità scientifica impegnata nel lavoro di ricognizione circa i disturbi mentali. Viene infatti esplicitato che la “scienza passata non era abbastanza matura da rendere completamente valide le diagnosi, ovvero non era in grado di fornire validatori scientifici consistenti, forti e oggettivi dei singoli disturbi” (p. 5). Si nota, anche in questo caso, la fede positivista nel progresso e l'aderenza al conseguente “approccio dell'attesa”, attesa dell'avanzamento della ricerca, mentre si sviluppa la componente della nosografia e si potenzia il versante tassonomico (Turchi & Perno, 2009).

L'approccio categoriale precedente – si scrive sempre nell'introduzione – non riusciva a catturare l'esperienza clinica né importanti “osservazioni scientifiche”, al contrario dell'approccio dimensionale, che viene considerato più adeguato per la “fluidità” dei disturbi ed è comprovato da studi sulla comorbidità e sulla trasmissione della malattia nella famiglia (DSM-5, p. 5). Alcuni professionisti, nel tentativo di parificare la psicologia clinica alle scienze naturali, hanno tentato di accostarsi a metodi implicanti leggi naturali, considerando il dato percepito come naturale e fattuale. Implicita è l'adesione a una metodologia medica di tipo riduzionista, per cui la personalità o il comportamento risultano sovrapponibili con le disposizioni biologiche che ne dovrebbero stare alla base.

Assumere il modello medico e biologistico come riferimento, riflette una scelta che rimanda ad una serie di convinzioni sull'individuo, la natura e il mondo. Il tentativo di neutralità e la posizione ateorica potrebbero essere letti come un mascheramento

dell'impossibilità a rispettare la coerenza del modello medico perché inapplicabile nell'ambito delle complesse realtà mentali (Iudici & De Aloe, 2007).

Il PDM descrive una modalità di valutazione della persona e un modo di fare diagnosi incentrato primariamente sulla soggettività e sul giudizio clinico, e critica, in parte, il vincolo di fare riferimento solamente alle prove o ai risultati delle ricerche *evidence-based*. Questo modo di fare diagnosi non può essere definito ateoretico; è anzi strettamente in relazione alla teoria che individua le dimensioni scelte per un'osservazione "scientifica" del paziente. (Albasi & Lasorsa, 2008). Il manuale esplicita i criteri di fondazione della dimensione empirica e ciò costituisce il suo punto di forza. Emerge, inoltre, la differenza tra gli approcci psicoanalitico e psicodinamico e gli approcci puramente descrittivi, esattamente come avveniva per le varie edizioni passate del DSM, le quali pretendevano di presentarsi sul mercato come strumenti "ateorici" (Migone, 2006).

5.3. "Scienze fisiche, naturali e biologiche"

Nell'ICD-10 si sancisce la "scienza medica" come produttrice di progresso e viene scritto che l'obiettivo principale del manuale consiste nella classificazione statistica. Si paragona la prassi medica alle "scienze fisiche", in quanto aventi lo stesso scopo, ovvero la costruzione di una nomenclatura sempre più precisa, nonostante le difficoltà insite nel procedimento classificatorio.

"Ogni malattia è stata definita in molti casi con tre o quattro termini, ognuno dei quali è stato applicato a molte malattie differenti: sono state utilizzate voci vaghe ed improprie o sono state registrate complicanze in luogo di malattie primarie. In questo dipartimento la nomenclatura ha importanza pari a quella dei pesi e delle misure nelle scienze fisiche e la si dovrebbe, pertanto, definire al più presto" (ICD-10, p. 164).

Si può notare, inoltre, come non vi sia alcun confronto o paragone con altre discipline che hanno per oggetto i cosiddetti disturbi psichici o comportamentali, come la psicologia o la psichiatria.

Nel DSM-5 la "scienza dei disturbi mentali", viene considerata come indipendente e specifica rispetto ad altre discipline e come slegata sia dalle cosiddette scienze fisiche, sia da quelle psicologiche, nonostante il riferimento allo stesso campo di studio.

Interessante è che, sebbene si sancisca indirettamente la psichiatria come disciplina che può trattare il comportamento "deviante", la strumentazione, i criteri diagnostici, le metodologie, le prove e i risultati non sono specifici della materia, ma provengono da altri campi, ad esempio quelli della neurologia, della biologia, della genetica e della *neuroimaging*. Inoltre non vi è alcun riferimento a quelle teorie o discipline che sono state utilizzate nella creazione delle edizioni dei DSM precedenti e che hanno influenzato anche l'ultima versione. Da ciò traspare una posizione assolutistica, a dir poco ideologica, applicata non solo alla scienza, ma anche all'idea di uomo e di salute. In psichiatria si è passati dall'uso di modelli psicologici all'uso di modelli medici, da "correlazioni di un dato disturbo psichiatrico con la misurazione dei livelli periferici di un neurotrasmettitore" a studi "integrati che prendono in considerazione variabili molecolari, cellulari, neuronali e comportamentali" (Rossi, 1999, p. 43). Per le varie

versioni del DSM, nonostante l'individuazione di alcuni aspetti genetici, chimici, immunologici, endocrinologici ed elettrofisiologici, i progressi della ricerca hanno "sollevato questioni ancora insolite e molte delle scoperte più interessanti devono ancora essere confermate" (Rossi, 1999, p. 43).

Inoltre, i modelli psicologici continuano a essere applicati in psichiatria, la quale ha fatto uso, non potendosi avvalere di eziologie organiche, dei loro approcci esplicativi e dei loro metodi di trattamento. Se ne deduce la mutuazione di concetti e metodi dalla medicina senza una riflessione teorica dei presupposti che li rendono validi in quello specifico ambito, producendo infrazioni sia sul piano teorico che su quello metodologico.

Può essere utile sottolineare come i linguaggi dell'ICD e del DSM siano caratterizzati da allusioni, metafore e analogie, ad esempio quando si utilizzano termini medici per spiegare fenomeni psicologici, oppure teorie deterministiche o causali per limitare il senso di alcune situazioni soggettive o sociali. In questo modo alcuni termini, in ambito psicologico, vengono poi letteralizzati e reificati, finendo per produrre realtà che appaiono effettive, esistenti a priori, de-psicologizzate e con significati ridotti (Iudici, 2015; Iudici & Verdecchia, 2015).

Questo uso del linguaggio sembra permettere di parlare di malattie e di sintomi come se fossero "cose in sé" e non indicatori convenzionali, finendo per considerare, ad esempio la "depressione", non come un'esperienza che la persona fa di sé, ma come una vera e propria (psico) patologia, così come può avvenire nel campo organico (Faccio & Salvini, 2007).

Nello stralcio di testo relativo al PDM, le "scienze naturali" vengono paragonate ai modelli cognitivo-comportamentali, nonostante facciano anch'essi parte dell'ambito psicologico, ovvero di un ambito differente a livello teorico e metodologico da quello delle cosiddette scienze naturali.

A questa comparazione segue un'incompatibilità tra le scienze naturali e le terapie cognitivo-comportamentali e la psicoanalisi.

"Ci sono incompatibilità profonde tra la psicoanalisi e le moderne scienze naturali. Paul Whittle (2000) ha sottolineato l'incompatibilità di fondo tra un approccio che mira a riempire le lacune presenti nella narrazione di sé e l'impegno nella psicologia cognitiva verso un'elaborazione minima delle osservazioni, una sorta di ascetismo cognitivo wittgensteiniano" (PDM, p. 663).

Le prime due discipline rischiano di essere impropriamente assimilate, in quanto il modello cognitivo-comportamentale non usa gli stessi metodi, linguaggi o strumenti delle scienze naturali e il suo oggetto di studio non è naturale, nonostante tenti di utilizzare strumenti che implicano la ricerca di risultati evidenti. Anche questo esempio può permettere di riflettere sulle implicazioni rese possibili dall'uso di un particolare linguaggio appartenente ad un diverso ambito conoscitivo e quindi sulla sua forza perlocutoria. Inoltre si contrappone la psicoanalisi al cognitivismo visto come "ascetismo wittgensteiniano" senza esplicitare cosa si intenda. Si ritiene la psicoanalisi focalizzata sulle lacune nella narrazione del sé, sul significato che le persone danno alla propria vita, sulla storia personale e sull'ambiente, mentre il cognitivismo basato su

un'osservazione minima, ovvero non intrapsichica, ma superficiale in maniera quasi ascetica.¹

5.4. “Accuratezza scientifica ed evidenza”

Nell'ICD-10 viene utilizzato il termine “accuratezza” in riferimento all'attività di classificazione.

Il procedimento classificatorio delle malattie viene descritto come un processo complesso che mira all'oggettività e alla precisione, aggiungendo che vi possono essere dei dubbi rispetto all'utilità di compilare delle statistiche dei disturbi e delle cause di morte per via di questa complessità, non dandolo per scontato (ICD-10, p. 163).

Nel DSM-5 viene, invece, ripetuto numerose volte il termine “evidenza” che richiede un'analisi approfondita.

“Nonostante alcuni disturbi mentali possano avere confini ben definiti attorno a cluster di sintomi, l'evidenza scientifica ora individua molti, se non la maggior parte, spettri di disturbi strettamente correlati che hanno sintomi in comune, fattori genetici condivisi e fattori di rischio ambientale e possibili substrati neurali comuni, sancendo in breve che i confini tra i disturbi mentali sono più sfumati di quanto si percepisse originariamente (...)” (DSM-5, p. 6).

L'evidenza scientifica sarebbe alla base della riforma diagnostica conservativa ed evolutiva, della creazione degli spettri e dei confini di alcuni disturbi e dell'approccio dimensionale.

L'approccio categoriale caratterizzante le altre versioni (e ancora presente in quella attuale) presenta grossi problemi di validità poiché le diagnosi dei disturbi psicologici spesso scivolano le une nelle altre lungo dimensioni psicopatologiche, infatti gli spazi vuoti o “terre di nessuno” che rimangono tra una diagnosi categoriale e l'altra vengono riempiti da diagnosi residue o “non altrimenti specificate” (NAS). Per questo motivo sono stati introdotti aspetti dimensionali nel DSM-5 per aumentare la validità del manuale che è ancora molto bassa (Migone, 2009). Per quanto riguarda il termine “evidenza” si nota come non sia usato con il significato che gli è proprio, ma in riferimento alle metodiche della ricerca. L'*Evidence Based Medicine* “ha fin dall'inizio impiegato quest'idea come un concetto primitivo che non abbisogna di alcuna ulteriore chiarificazione, usandolo con lo stesso significato vago che possiede nel linguaggio comune” (Federspil & Vettor, 2001, p. 615). “Evidenza” deriva dal latino “*ex-videre*” e indica la caratteristica di ciò che non può essere sottoposto a dubbio poiché vero per sé stesso e non bisognoso di dimostrazione (Lamanna & Adorno, 1989), mentre nella lingua inglese può essere usato con il significato di “prova” o “dimostrazione”. Nel corso della storia si è dato un valore preponderante alla registrazione dei fatti secondo una logica induttiva legando quindi il termine “evidenza” a quello di “fatto”.

¹ Tali considerazioni in merito al pensiero di Wittgenstein non sono sostenute nel manuale da riferimenti e criteri precisi, pertanto si rimanda il lettore alle opere dell'autore citato.

Teorizzazioni successive hanno mostrato come i fatti non siano “cose”, ma vengano ripensati e ri-fatti attraverso demolizioni e ricostruzioni concettuali. Anche la medicina ha rivisto i costrutti di diagnosi, causa e determinismo; quest'ultimo viene inteso non più come un dato dell'esperienza, bensì come un'esigenza teorica (Israel, 1993). Il rischio, presente anche nel DSM-5, è quello di trattare come dati di fatto fenomeni che non possono essere studiati come se fossero elementi naturali, ma che sempre risentono dei punti di vista, delle costruzioni teoriche, delle opinioni e delle influenze storiche, culturali e sociali.

Il termine “evidenza” non viene usato nel PDM che, invece, critica le ricerche e i risultati delle psicoterapie *evidence-based*. Questo tipo di prove non è necessariamente garanzia di efficacia di una psicoterapia o di un trattamento, e pur essendo considerate “scientifiche”, esse non vengono menzionate per quanto riguarda la definizione dei criteri diagnostici (PDM, p. 640).

5.5. “Utilità e fondatezza scientifiche”

Solo nel PDM si incontrano unità simboliche che rimandano alla “fondatezza” dei sistemi scientifici, alla “buona scienza”, al “valore scientifico”, all’“uso scientifico”, all’“utilità scientifica”, alla “rigorosità scientifica e clinica” e alla “fondatezza scientifica”.

“Un sistema scientificamente fondato parte da un accurato riconoscimento e da una descrizione precisa dei fenomeni complessi e procede in modo graduale verso la validazione empirica. Basarsi su ipersemplicizzazioni e favorire ciò che è misurabile a scapito di ciò che è importante, significa non operare al servizio della scienza” (PDM, p. LXI).

Alla fondatezza scientifica e alla “buona scienza” gli autori associano un sistema basato su un accurato riconoscimento e su una descrizione dei fenomeni clinici complessi che procede in modo graduale verso una validazione empirica. Gli elementi da evitare e che caratterizzerebbero il polo opposto alla buona scienza, potrebbero consistere nell'ipsemplicizzazione, nella quantificabilità e nelle prove *evidence-based* in favore di un'aderenza all'esperienza del soggetto, della relazione terapeutica e della storia di vita del soggetto (p. LXI).

Le differenze con gli altri due manuali sono chiare, ma possono emergere alcune confusioni nel momento in cui si inseriscono giudizi di valore e non si esplicitano adeguatamente i termini che si usano. Ad esempio viene scritto che “prima del DSM III la diagnosi psichiatrica era non sistematica, *esageratamente soggettiva* e di *dubbio valore* scientifico. Spesso rivelava più informazioni sul background e le convinzioni teoriche del clinico che non sul paziente valutato. Il DSM e i metodi strutturati di valutazione della personalità si sono sviluppati *al servizio* della scienza e come reazione ai metodi *non sistematici e troppo soggettivi del passato*” (p. 433).

Nonostante emerga il costrutto di “buona” e “cattiva” scienza, la configurazione della stessa rischia di risultare confusa in quanto non viene specificata. Tant'è vero che il DSM-5, sebbene criticato, viene visto come frutto del progresso scientifico a fronte di “un eccessivo soggettivismo”. “La soluzione non può essere quella di riportare *indietro l'orologio* e abbandonare gli sviluppi tecnici degli ultimi decenni - così come non

avrebbe senso che gli *oncologici* non utilizzassero i test di laboratorio più *avanzati* a loro disposizione. La soluzione può essere invece un *matrimonio* tra gli aspetti *migliori* della *saggezza* clinica e del *rigore* empirico” (p. 433).

Si trovano quindi a convivere, relativamente alla “scienza”, metafore e analogie che riprendono la concezione positivista del progresso, giudizi di valore difficilmente definibili e confronti costanti con le scienze fisiche.

6. Discussione

I valori d'uso del termine “scientifico” rintracciati nell'ICD-10 convergono nella concezione della prassi medica come “scienza” e nella conseguente necessità della nosologia e della classificazione statistica. Gli elementi che caratterizzano una disciplina come scientifica sembrano essere la classificazione e il procedimento statistico, il quale viene ritenuto un processo complesso e imperfetto, ma fondamentale. Questo modo d'intendere il processo di classificazione, in termini di ambito perfettibilità tassonomica, può essere collegato alla visione positivista del progresso scientifico, ovvero all'idea dello sviluppo come processo meccanico, cumulativo, in grado di assurgere a maggior validità grazie ai nuovi metodi e agli strumenti disponibili, e in grado di giungere alla verità di conoscenze definitive.

La scienza medica viene accostata alle scienze fisiche, in quanto tale essa necessita della classificazione statistica e di uno stesso tipo di linguaggio. Vengono associati alla scientificità anche altre condizioni, ad esempio l'accuratezza e la “purezza scientifica”, sussumendo un approccio conoscitivo specifico, preciso, “duro” e in linea con quello delle scienze fisiche.

L'ICD-10 è un manuale utilizzato per la definizione e il trattamento delle patologie organiche e dei “disturbi psichici e comportamentali”. Lo studio dei valori d'uso dei termini “organico” e “psichico” dimostra un'equiparazione dei termini; per riferirsi all'uno o all'altro vengono utilizzati infatti lo stesso linguaggio, gli stessi metodi e strumenti d'indagine. L'approccio verso i cosiddetti disturbi mentali è di tipo categoriale, ma ciò non sembra vincolante in quanto la scelta ultima viene lasciata alla responsabilità del professionista, e il modello di riferimento è quello bio-medico.

La diagnosi, dal suo etimo intesa come processo conoscitivo (*dia-gnosis*, “conoscere attraverso”) caratterizza la prassi medica e si basa sull'individuazione dei *sintomi* (manifestazioni soggettive del paziente o risultati di indagini e strumenti di laboratorio seguiti dal medico) e dei *segni* (manifestazioni obiettive di una malattia che implicano la presenza di un referente empirico). Quest'ultimo criterio è ciò che discrimina la diagnosi medica di una patologia da una diagnosi psicopatologica e che rende la seconda non fondata su segni oggettivi evidenti, come per le patologie mediche.

Quali le implicazioni di tutto ciò? La prima: il “disturbo psicologico” viene affrontato come se si trattasse di una patologia fisica, un ente naturale, come se ci fossero necessariamente relazioni causali tra sintomi e “disturbo”. Inoltre, nel procedimento diagnostico medico si distingue ciò che è “biologicamente possibile” da ciò che non lo è (Federspil, 1980) attraverso metodi e informazioni precisi in maniera oggettiva e indipendente dalla soggettività e dal contesto storico-sociale, elementi che invece connotano il comportamento umano. Nell'ICD-10 si sottolinea l'aderenza impropria e

rischiosa al modello medico anche per ciò che riguarda i cosiddetti disturbi mentali, ma anche la consapevolezza dell'incertezza del processo classificatorio.

Nel DSM-5 si sancisce l'esistenza di una "scienza dei disturbi mentali" in continua evoluzione, con legami impliciti al modello medico ed espliciti alla ricerca *evidence-based*, i cui strumenti considerati validi provengono tuttavia dalla biologia, dalle neuroscienze, dagli studi di genetica e di *neuroimaging* e gli elementi associati sono l'ateoricità, la neutralità, l'oggettività e l'esattezza diagnostica. Questi ultimi vengono portati come garanzia della scientificità, tuttavia possono essere messi in discussione, infatti un'altra parte della comunità scientifica discute la possibilità che il DSM-5 possa affermarsi come neutrale, ateorico e oggettivo, sia per l'uso di specifici modelli e discipline per niente ateoriche, sia per l'impossibilità epistemologica di approcciarsi ad un oggetto di studio in maniera neutra, senza pre-concetti e teorie, siano queste di tipo personale o professionale.

Anche l'approccio dimensionale viene ritenuto prodotto del progresso scientifico in quanto dovrebbe essere più utile a rappresentare la complessità dell'oggetto di studio, sia nella clinica che nella ricerca, poiché considera tutti i disturbi lungo un continuum. Nonostante la conferma dell'inefficacia del modello categoriale, il rischio potrebbe essere quello di ampliare i confini delle "malattie" e di patologizzare aspetti o situazioni quotidiani considerati problematici. Tali questioni diventano ancora più critiche se fondate su alcune specifiche comunità di professionisti cui spettano le scelte finali, anche considerando i legami con organizzazioni private come per esempio le case farmaceutiche (Carlat, 2000; Moynihan & Cassels, 2005; Whitaker, 2010).

Nel parlare di "scienza dei disturbi mentali" in ambito descrittivista, inoltre, il termine trova la sua specificazione nell'aggettivo "mentale" e la qualità del "disturbo" nell'individuazione della mente come sua sede, come se questa potesse essere il referente empirico del "disturbo" stesso. Ma in termini epistemologici va precisato che non c'è nulla di più astratto della mente; gli stessi significati del termine mutano in base alle teorie scelte per descriverlo (Turchi & Perno, 2009).

Ne deriva come implicazione la tendenza a paragonare il comportamento umano ad un supposto ente naturale, commettendo delle improprietà epistemologiche, metodologiche e pragmatiche. Infine, oltre al rischio di patologizzare ciò che può appartenere alla vita quotidiana, anche l'aspirazione a perseguire l'*evidenza* rende ancora più "tecnologica" la prassi psichiatrica (Bracken *et al.*, 2012) in quanto tende a minimizzare elementi legati al rapporto clinico-interlocutore, inevitabile e fondamentale. La configurazione che emerge nel PDM si caratterizza per alcune peculiarità, ad esempio la contrapposizione tra "scienza psicologica" e "scienze fisiche", "scienze cognitive", psichiatria nosografica tradizionale e dati delle neuroscienze. Gli elementi riferibili all'*evidence-based* vengono considerati quando ritenuti validi e sufficienti a priori, ma non vi sono riferimenti al modo in cui integrarli con quelli empirici provenienti dal contatto diretto con la persona. Per questi motivi, la "buona scienza" di cui si parla nel manuale dovrebbe includere il giudizio clinico, la soggettività e l'integrazione tra sistemi nosografico-descrittivi e interpretativo-esplicativi.

Il termine "scienza" sembra far riferimento sia alle discipline tradizionali o a quelle che oggi vengono considerate valide (come le neuroscienze e le scienze cognitivo-comportamentali) nonostante vengano anche in parte criticate, sia in riferimento alla

psicologia e alla psicologia psicomotricità o più in generale ad indicare sistemi scientifici più o meno validi, lasciando intravedere la confusione e i giudizi di valore nell'uso di questo termine che assume significati specifici in base al contesto in cui viene reso presente.

Il PDM esplicita l'importanza di evidenziare la soggettività, la storia di vita idiosincratice e in generale la complessità di questo "oggetto" di studio (comunque non definito) mettendo in luce i limiti degli approcci prettamente quantitativi e standardizzati, e sottolineando il fatto che essi rischiano di ridurre e ipersemplicizzare questa complessità e ricchezza. Si indicano direzioni metodologiche differenti da quelle attualmente preferite, vengono criticati i tentativi di neutralità, di controllo ed evidenza. Questi però non vengono messi in discussione totalmente, ma viene proposta un'integrazione teorica e metodologica sottolineandone l'utilità (ancora senza criteriarla) poiché ritenuti comunemente prodotti dello sviluppo scientifico.

Dall'analisi dei tre manuali, quindi, si possono notare modi differenti di intendere la scientificità e alcuni particolari legami e rapporti tra i termini che possono produrre effetti specifici a livello operativo. In particolare, si sottolinea il rischio di improprietà teoriche con ripercussioni pragmatiche rilevanti nel momento in cui ci si allontana dal mondo degli eventi fisici e si entra sempre di più in sistemi costruiti da relazioni, regole, simboli, scopi, episodi e generi narrativi.

Da tutto ciò ne discende una riflessione circa le implicazioni che derivano, nell'attuale nostro sistema sociosanitario, dal delegare ad un esperto, espressione di una "scienza" come abbiamo visto quanto meno ambigua, la valutazione dell'anormalità o meno di pensieri, percezioni, azioni ed emozioni, con la possibilità di evidenziare la "natura patologica" attraverso configurazioni nosografiche o tipologiche di personalità spesso prive di fondamento e che comportano il rischio di reificare e ridurre situazioni o fenomeni complessi e costruiti nei discorsi e nelle interazioni.

7. Conclusioni non conclusive

Gli strumenti a nostra disposizione per la diagnosi psicologica non sembrano fornire un comune riferimento alla presunta scientificità della disciplina. A dire il vero non ce lo saremmo nemmeno aspettati. Sappiamo che partono da presupposti teorici diversi, e avremmo immaginato che i criteri di scientificità alla quale si appellano fossero definiti in coerenza con i propri apriori.

Quali sono e che natura hanno i fenomeni mentali che vengono descritti in quanto patologici? Come possiamo stabilire quale sia il metodo più rigoroso per conoscerli, descriverli e sistematizzarli, laddove non ne abbiamo consapevolmente definito la "natura"? Ogni teoria ha bisogno di una meta-teoria alla quale riferirsi, ovvero ha bisogno di una metafisica: i fenomeni che descrive devono cioè essere postulati. Gli "oggetti" ai quali attribuiamo delle proprietà sono il primo assunto di cui una teoria ha bisogno per candidarsi come tale. "Scientifico" è un termine non riferibile all'oggetto, quanto al metodo (rigoroso) di conoscenza dell'oggetto (a sua volta postulato dalla teoria). Di qui il primo paradosso: come può uno strumento diagnostico appellarsi alla scienza laddove non definisca entro quale modello teorico "vede" i propri oggetti? Per forza di cose deve prendere a prestito un metodo altrui.

Quando giochiamo a carte sappiamo che è la “teoria di gioco” a dare uno specifico valore alle figure: un sette di denari è una carta diversa se giochiamo a scala reale o a settebello, dunque, anche una semplice carta da gioco è un oggetto teorico. A loro volta, teorie diverse faranno riferimento a metodi conoscitivi coerenti con gli oggetti teorici propri. Per scientificità intendiamo esattamente questo rigore, quello che lega secondo un principio di pertinenza la teoria e il suo modo di ritagliare un certo fenomeno, con i metodi che essa adotta per conoscerlo e poi intervenire.

L'analisi dei modi e dei valori d'uso del termine “scienza” e “scientifico” nei manuali che abbiamo considerato sembra bypassare del tutto il problema dell'adeguatezza tra la configurazione del problema conoscitivo e l'ambito meta-teorico cui quel problema deve essere assegnato. *Scientificità* secondo un *modello biomedico* per l'ICD 10, “buona scienza” intesa come accurata descrizione dei fenomeni clinici complessi in attesa di una loro validazione empirica secondo il PDM, anche in assenza di un criterio quantitativo *evidence-based*; ateoricità, neutralità, oggettività ed esattezza diagnostica come contenuti del termine “scientifico” per il DSM. La soggettività è condizione imprescindibile del fare scienza per il PDM, minaccia alla scientificità per il DSM.

Quasi fosse una specie di fascia elastica, il termine viene “tirato” in vari modi, a volte opposti, al fine di coprire quanto serve a chi scrive, come un buon paravento ideologico.

Ma non siamo certo noi i primi a dirlo, infatti l'intero corso del Novecento – secolo di straordinario progresso scientifico – è stato dominato da correnti filosofiche molto sospettose nei confronti di questa idea di scienza *super-partes*, accusata di essere strumento di oppressione anziché di ricerca della verità. Kant aveva chiamato “critica” la propria filosofia, affidandole il compito di esprimere un giudizio negativo sulla pretesa di fondare idee morali e religiose sull'immagine della natura quale emergeva dalla scienza moderna, ma anche sull'idea di fare della conoscenza scientifica lo strumento per attingere alle cose in sé. La conoscenza scientifica, secondo Hegel, andava considerata non come la scoperta di una verità, magari limitata, ma come uno strumento di dominio, e non soltanto sulle cose, ma sugli uomini stessi, subordinati agli usi delle cose, dilatati dalle scoperte scientifiche.

Le teorie scientifiche non potevano essere vere indipendentemente dalle circostanze nelle quali si erano sviluppate. Ed erano queste circostanze a stabilire l'utilità delle ricerche, non la verità dei loro ritrovati.

Possono oggi, a distanza di un secolo, le “verità scientifiche” dirsi indipendenti da qualche filosofia o forse ideologia a proprio fondamento? Possono dirsi finalmente libere dalla difesa di obiettivi ideologici? A nostro avviso, quanto raccolto sembra dirsi proprio di no.

Riferimenti bibliografici

Albasi, C., Lasorsa, C. (2008). L'integrazione clinica di psicopatologia, diagnosi e psicoterapia: Il nuovo Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM). *PSYCHOMEDIA Telematic Review*.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Washington DC: American Psychiatric Association.

- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S. (2012). Psychiatry beyond the Current Paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430-434.
- Carlat, D. (2000). *Unhinged: The Trouble with Psychiatry. A Doctor's revelations about a Profession in Crisis*. Free Press, New York.
- Carofiglio, G. (2010). *La manomissione delle parole*. Milano, Rizzoli Editore.
- Cosgrove, L., Krinsky, S., Vijaraghavan, M., Schneider, L. (2006). Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 154-160.
- Eluard, P. (1948). *Poesia interrotta*. Einaudi, Torino.
- Faccio, E., Centomo, C., Mininni, G. (2011). "Measuring up to Measure" Dismorphophobia as a Language Game. *Integrative Psychological And Behavioral Science*, vol. 45, 304-324. Doi: 10.1007/s12124-011-9179-2
- Faccio, E., Salvini, A. (2006). Le "metaforizzazioni" nelle pratiche discorsive della psicologia clinica. In E. Molinari & A. Labella, (eds.), *Psicologia Clinica Dialoghi e Confronti*. (pp.123-138), Springer.
- Faccio, E. (2007). *Le identità corporee: quando l'immagine di sé fa star male*. Giunti.
- Federspil, G. (1980). *I fondamenti del metodo in medicina clinica e sperimentale*. Piccin, Padova.
- Federspil, G., Vettor, R. (2001). La "evidence-based medicine": una riflessione critica sul concetto di evidenza in medicina. *Italian Health Journal Supplement*, 2(6), 614-623.
- Frances, A. (2011). "Psichiatria tra diagnosi e diagnosticismo. Il dibattito critico sulla preparazione del DSM-5", Seminario organizzato da *Psicoterapia e Scienze Umane* e dalla AUSL di Bologna, 22 Ottobre 2011.
- Harrè, R., Tisaw, M.A. (2005). *Wittgenstein and Psychology. A practical guide*. Ashgate, Burlington.
- Iudici, A. (2015). *Health promotion in school: theory, practice and clinical implications*. NOVA, New York.
- Iudici, A., De Aloe, S. (2007). DSM: manuale dei disturbi mentale o riedizione del mito della malattia mentale. In G. Pagliaro & A. Salvini (eds.), *Mente e psicoterapia. Modello Interattivo-Cognitivo e Modello Olistico*. UTET, Torino.
- Iudici, A., Verdecchia, M. (2015). Homophobic Labeling in the Process of Identity Construction. *Sexuality & Culture*, 19(2); Doi:10.1007/s12119-015-9287-0
- Israel, G. (1993). Il dibattito su caos, complessità, determinismo e caso: crisi della scienza o miseria della filosofia?. *Nuova civiltà delle macchine*, 11, 43-44.
- Lamanna, P., Adorno, F. (1989). *Dizionario dei termini filosofici*. Firenze: Le Monnier.
- Migone, P. (2006). La diagnosi in psicoanalisi: presentazione del PDM. *Psicoterapia e scienze umane*, XL, 4, 765-774.
- Migone, P. (2009). Quanto sono efficaci i farmaci antidepressivi?. *Il Ruolo Terapeutico*, 112, pp. 45-56.
- Mininni, G. (2000). *Psicologia del parlare comune*. Grasso, Bologna.
- Moynihan, R., Cassels, A. (2005). *Selling Sickness. How Drug Companies Are Turning Us All into Patients*. Allen & Unwin, Sydney, Crows Nest.
- Pagliaro, G., Salvini, A. (2007). *Mente e psicoterapia. Modello Interattivo-Cognitivo e Modello Olistico*. UTET, Torino.

- PDM Task Force (2006). *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- PDM Task Force (2008). *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Rossi, R. (1999). I principali riferimenti teorici in psichiatria. In *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
- Spitzer, R.L. (2011). Psychological Warfare: The DSM-5 Debate. *HCPLive*.
- Turchi, G.P., Perno, A. (2009). *Modello medico e psicopatologia come interrogativo*. Upsel Domeneghini Editore, Padova.
- Wakefield, J.C. (2010). Misdiagnosing Normality: Psychiatry's Failure to Address the Problem of False Positive Diagnoses of Mental Disorder in a Changing Professional Environment. *Journal of Mental Health*, 19(4), 337-351.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of mental Illness in America*. Crown, New York.
- Wittgenstein, L. (1929-34). *Philosophisch Grammatik*. Blackwell, Oxford.
- Wittgenstein, L. (1953). *Philosophische Untersuchungen*. Basil Blackwell, Oxford.
- World Health Organization (2010). *International Statistical Classification and Related Health Problems: ICD-10*, World Health Organization.