

ARGOMENTI DI PSICOTERAPIA

Diagnosi e significato dell'azione dei farmaci in psichiatria.

*Massimo Pelli**

Abstract

L'articolo propone una riflessione sul significato e l'attendibilità dei sistemi diagnostici utilizzati in psichiatria. La diagnosi categoriale e la diagnosi dimensionale sono costruite su premesse diverse di cui la più importante è la discontinuità tra norma e patologia, che è alla base dell'approccio categoriale mentre l'approccio dimensionale ricerca fenomeni che presentano un continuum tra norma e patologia e che questo continuum sia misurabile. Entrambe poggiano sull'assunto che ci sia una connessione tra la sintomatologia emergente (la psicopatologia) e un'alterazione cerebrale sottostante che in realtà è stata confermata solo per le manifestazioni patologiche correlate alle sindromi psicorganiche. L'articolo propone poi una riflessione sui concetti ispiratori del DSM e sui cambiamenti introdotti nel passaggio dal DSM IV al DSM 5. Infine l'autore propone un chiarimento sul significato dell'azione del farmaco nella clinica psichiatrica. Il farmaco non incide direttamente sul disturbo, ma piuttosto induce un'alterazione che riduce l'espressività del disturbo.

*Dott. Massimo Pelli, psichiatra, psicoterapeuta e didatta del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale di Roma.

Abstract

The article offers a reflection on the meaning and reliability of the diagnostic systems used in psychiatry. The categorical diagnosis and the dimensional diagnosis are built on different premises of which the most important is the discontinuity between norm and pathology, which is the basis of the categorical approach while the dimensional approach searches for phenomena that present a continuum between norm and pathology and that this continuum is measurable. Both rest on the assumption that there is a connection between the emerging symptomatology (psychopathology) and an underlying brain alteration which in reality has been confirmed only for the pathological manifestations related to psych organic syndromes. The article then proposes a reflection on the inspiring concepts of DSM and on the changes introduced in the transition from DSM IV to DSM 5. Finally, the author proposes a clarification on the meaning of the action of the drug in the psychiatric clinic. The drug does not directly affect the disorder, but rather induces an alteration that reduces the expressiveness of the disorder.

*“Le malattie mentali non sono malattie come le altre
Il cervello non è uguale al pancreas”*

Linares J.L.

Lo psicologo e lo psicoterapeuta si trovano spesso di fronte a situazioni cliniche che richiedono progetti terapeutici multidisciplinari, soprattutto quando trattano disturbi psichici gravi. Sapersi orientare nei sistemi diagnostici e di fronte a una terapia farmacologica già impostata, capire quando sono presenti le condizioni che richiedono anche un trattamento farmacologico sono tematiche che abbiamo spesso intercettato da parte degli allievi in formazione e dei terapeuti già formati. Sappiamo che nei corsi di laurea in psicologia e in medicina la psicopatologia è spesso trascurata e i neolaureati si trovano in difficoltà nel distinguere un delirio da un deliroide, o un disturbo di evitamento fobico da un isolamento psicotico. Pensiamo che anche lo psicoterapeuta, come del resto un medico di medicina generale, debba conoscere la semeiotica psichiatrica e il significato della utilizzazione di un farmaco piuttosto che di un altro. Per questo ho accolto con piacere l'invito da parte della redazione della Notte Stellata, dopo il seminario tenuto a Dedalus sull'utilizzo dei farmaci in psichiatria, di scrivere questo contributo con una riflessione sulla diagnosi e sul significato dell'azione dei farmaci in psichiatria.

La classificazione dei disturbi psichici è un sistema arbitrario, le classificazioni sono più o meno utili per raggiungere certi obiettivi.

A cosa serve la diagnosi? Al medico per sapere cosa fare e al paziente per sapere cosa ne sarà di lui.

A cosa serve il DSM? Al tribunale per accertare la responsabilità professionale in campo sanitario, per ottenere rimborsi, per i protocolli e le linee guida, per gli studi clinici, se si vuole fare una pubblicazione.

Sappiamo che le malattie mentali hanno anche un determinismo genetico, ma sono poligeniche: 30.000 dei nostri 80.000 geni sono espressi nel SNC. Il fenotipo è l'espressione di tutti i 30.000 geni e dell'incontro di questi con l'ambiente. Ogni caso è un caso a parte. La Corea di Huntington è dovuta ad un gene che produce una proteina anomala che porta a una degradazione del SN. Ma il fenotipo della

malattia, dal punto di vista neurologico, psichiatrico e cognitivo, è diverso da paziente a paziente. Potremmo dire che non curiamo malattie ma profili di sintomi. Dei 2 sistemi di classificazione: categoriale e dimensionale, il primo è sempre meno utile. L'espressione fenotipica del disturbo non rimane identica lungo la vita del paziente: ad es. una lesione da parto, che rimane statica, può causare l'epilessia, ma la sintomatologia epilettica cambia nel tempo perché il cervello cresce e si modifica; quindi avremo sindromi diverse a seconda del ciclo di vita del paziente. Con la diagnosi categoriale il paziente rischia di avere molte diagnosi, ma non ha malattie diverse, ha un disturbo che si manifesta in forma complessa. Di fronte al dilemma se trattare una malattia o dei sintomi, spesso ci troviamo nella necessità di trattare dei sintomi: la schizofrenia “non esiste”, esistono dei sintomi che vengono riuniti in una categoria.

Siamo abituati a prescrivere farmaci sulla base di una diagnosi categoriale, ma spesso è più utile individuare i sintomi che creano problemi e disfunzionalità al paziente. Non sono i farmaci ad essere difficili da usare, quello che può creare problemi è la non corretta comprensione dei sintomi che occorre curare. Non è difficile conoscere l'insulina, ma conoscere bene il diabete.

Solo una buona conoscenza della psicopatologia permette la padronanza nella scelta della corretta strategia terapeutica. La difficoltà sta se, quando e come usare il farmaco su quello specifico paziente. Curare il paziente richiede l'adattamento del farmaco alla sua specifica e unica situazione clinica: il paziente non è solo il suo disturbo.

Gli psicofarmaci hanno indicazioni ufficiali di riferimento per malattie identificate in base alla diagnosi categoriale (altrimenti sono definiti off label), ma a volte, come vedremo in seguito, sono più utili le dimensioni psicopatologiche.

Come abbiamo detto spesso la terapia viene scelta non sulla base della diagnosi categoriale, ma in base ai sintomi e ai segni. Possiamo dire, allora, che obiettivi del trattamento farmacologico in psichiatria sono: i disturbi del sonno, appetito, e peso, deterioramento cognitivo, aggressività e violenza, suicidio, ossessività e compulsività, irritabilità e nervosismo, ansietà, eccitamento ed euforia, depressione, allucinazioni e delirio e disorganizzazione del pensiero, sintomi negativi.

LA DIAGNOSI CATEGORIALE

Categoria è sinonimo di classe: ogni sistema categoriale è un sistema di classificazione e quindi si definisce in base ai criteri che vengono utilizzati per ordinare la classificazione. Ogni classificazione nosologica è una diagnosi categoriale: le categorie sono nettamente distinte e non sovrapponibili perché qualitativamente diverse.

L'approccio categoriale è quello che cerca di giungere a descrizioni il più possibile precise, tali da permettere di distinguere un fenomeno da altri fenomeni simili (ad es. un delirio da un'idea prevalente) e poggia su tre premesse: discontinuità tra norma e patologia, gerarchia dei sintomi e connessione con un'alterazione sottostante.

In Psichiatria la diagnosi è interamente clinica, si fonda su un'attenta semeiotica, vale a dire su un attento studio dei fenomeni psicopatologici, sintomi e sindromi. Sappiamo che una diagnosi in medicina dovrebbe fondarsi su 3 criteri: Eziologico, Patogenetico, Sintomatologico. Ma in psichiatria, non essendo conosciute per lo più né l'eziologia, né la patogenesi, nel senso che manca la connessione tra l'ipotetica alterazione della struttura cerebrale e/o della funzione sottostante con il fenomeno psicopatologico, la diagnosi può essere solo sintomatologica. Unica eccezione sono le sindromi psicorganiche quali le demenze, la confusione mentale, le sindromi psichiche legate a malattie organiche e i disturbi correlati ad assunzione di sostanze.

LIMITI DELL'APPROCCIO CATEGORIALE: LA REIFICAZIONE

Le distinzioni (semeiotiche) sono sempre correlate con il nostro modo di analizzare e ordinare la realtà, non sono la realtà: l'osservatore costruisce attivamente la realtà che descrive in base alle sue premesse epistemologiche. Intanto i fenomeni osservati sono espressione di un organismo biologico in continua evoluzione e quindi soggetto di cambiamento. L'estremizzazione della posizione categoriale è quindi la reificazione del fenomeno, senza vedere le modificazioni del fenomeno nel tempo.

L'enfasi è sulle differenze anziché sulle somiglianze.

La distinzione tra gli elementi di una classe (i pazienti) e le loro caratteristiche (i sintomi) a volte sfugge al medico che tende a reificare la malattia. Non esistono le

malattie, esiste il malato. Un problema dei modelli categoriali e di coloro che li usano è che finiscono per crederci e i nomi delle malattie finiscono per essere considerati etichette che attribuiamo a gruppi di pazienti che si somigliano.

La connessione tra i cambiamenti anatomo - fisiologici della corteccia cerebrale e le manifestazioni cliniche non è stata trovata (se non per le sindromi psicorganiche) e solo il quadro complessivo e il suo decorso può guidarci nell'analisi clinica e nella valutazione dei fenomeni morbosì. Questo non vuol dire che dobbiamo rinunciare al tentativo di trovare i nessi tra somatico e psichico, ma anche accettare l'ambivalenza tra spiegazione e comprensione finchè questi nessi non saranno trovati.

Per una corretta diagnosi categoriale è essenziale conservare il criterio gerarchico secondo cui ordinare i dati, i sintomi della patologia osservata. Bleuler ad es. dal punto di vista clinico distingueva da un lato i sintomi fondamentali, quelli che devono essere presenti per fare una diagnosi di schizofrenia come ad esempio disturbo dell'associazione e dell'affettività, il dare più importanza alla fantasia che alla realtà, ritirarsi in un mondo autistico e, dall'altro, i sintomi accessori come idee deliranti, allucinazioni, catatonìa che possono anche mancare in tutto o in parte.

I CONCETTI ISPIRATORI DEL DSM (MANUALE DIAGNOSTICO-STATISTICO)

È un approccio semiologico, descrittivo, ateoretico, neutrale rispetto alla eziologia. Non classifica le persone, ma i disturbi che le persone hanno (non le malattie), con l'obiettivo di sottrarre la diagnosi alla discrezionalità del medico.

I disturbi mentali vengono suddivisi sulla base di criteri descrittivi e caratteristiche fenomenologiche. Il DSM (fino all'ultima edizione del 2000 il DSM-IV) era costruito su una valutazione multiassiale: le informazioni per ogni caso clinico devono essere registrate su 5 assi:

ASSE 1: Sindromi cliniche, individuate dal punto di vista fenomenico, descrittivo;
ASSE 2: comprende a) Disturbi di personalità (disturbi che esistono anche al di fuori dell'episodio di malattia e che caratterizzano il funzionamento sia attuale che a lungo termine dell'individuo con sofferenza soggettiva e ripercussioni socio-lavorative); b) Disturbi dello sviluppo: (ritardo mentale, disturbo autistico, disturbi circoscritti a determinate funzioni);

ASSE 3: Disturbi e condizioni fisiche concomitanti;

ASSE 4: Eventi psicosociali stressanti nell'anno precedente;

ASSE 5: Funzionamento psicologico-sociale dell'individuo (VGF);

L'asse 4 e 5 danno informazioni addizionali per la diagnosi, per il trattamento e per la prognosi.

Non figurano le nevrosi (mancando il criterio eziologico) che sono distribuite nei disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi somatoformi, disturbi dissociativi, disturbi di conversione, disturbi sessuali.

Con la pubblicazione della quinta edizione del manuale (DSM5 nel 2013) sono stati introdotti profondi cambiamenti (anche per integrare in modo più coerente il DSM con l'International Classification of Diseases : ICD-9 e ICD-10) che riguardano l'eliminazione del sistema multiassiale, l'introduzione di un approccio dimensionale alla diagnosi, considerazioni relative allo sviluppo e al ciclo di vita, e l'ampliamento di considerazioni relative al genere e alla cultura. Mentre nelle precedenti edizioni i disturbi mentali erano definiti come “manifestazioni comportamentali e psicologiche clinicamente significative associate a sofferenza, disabilità, limitazione della libertà, maggior rischio di morte, di dolore, di disabilità”, nel DSM 5 viene data una definizione più rigorosa : il disturbo mentale viene inteso come sindrome caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa della sfera cognitivo, della regolazione delle emozioni e del comportamento di un individuo, che esita in un funzionamento mentale disfunzionale ed è associata a un “livello significativo di disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti”. Anche se come definizione è più precisa, rimane, come vedremo meglio in seguito, la vaghezza di cosa voglia dire “clinicamente significativo”.

L'eliminazione del sistema multiassiale ha comportato la riunificazione degli Assi 1, 2 e 3 in un insieme che presenta tutte le diagnosi di disturbo mentale e le altre diagnosi mediche riunite in un'unica sezione che elenca 20 diverse classi di disturbi. Il rationale dietro la nuova classificazione è che i disturbi vengono correlati e tendono a raggrupparsi in cluster: ad es. il disturbo dell'adattamento è stato riclassificato e inserito nel gruppo dei disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti. E' stato abolito l'Asse II (disturbi che esordiscono nell'infanzia e i disturbi di personalità) perché il DSM 5 ha adottato una struttura che tiene maggiormente conto di un criterio basato sullo sviluppo e sul ciclo di vita, pertanto

i disturbi diagnosticati per la prima volta nell'infanzia non costituiscono più un capitolo a parte e sono stati inseriti nei disturbi del neuro sviluppo. I disturbi di personalità invece conservano la stessa impostazione e gli stessi codici del DSM-IV, ma nella sezione III viene proposto un modello alternativo per i disturbi di personalità che peraltro mantiene aspetti del sistema categoriale e le stesse 6 categorie diagnostiche dell'edizione precedente.

Nel DSM5 è stata eliminato anche l'Asse V, la Scala di Valutazione Globale del Funzionamento (VGF), sostituita da un altro strumento di misura del funzionamento che è la WHODAS (Who's Disability Assessment Schedule) e che può essere usata a intervalli regolari per valutare i progressi. Inoltre è stata ampliata la lista dei problemi psicosociali e ambientali che anche nelle passate edizioni rientravano nella categoria "Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica" e che senza essere disturbi mentali definiscono il contesto e aiutano a comprendere le circostanze che la persona sta affrontando e che possono avere importanza nel direzionare il trattamento.

L'altro importante cambiamento del DSM5 è uno spostamento verso un approccio dimensionale alla diagnosi che tenta di eliminare alcuni punti deboli delle precedenti edizioni del DSM che derivavano dall'uso di un sistema categoriale senza peraltro assumerne totalmente i criteri di base (come l'eziologia, la gerarchia e la discontinuità tra normalità e patologia) e di cui parleremo in seguito. Si accoglie la possibilità che molte condizioni psicopatologiche siano poste su un continuum come succede per l'ansia, l'aggressività, o per alcune caratteristiche di personalità, adottando il concetto di Spettro per molti disturbi, dal disturbo bipolare, all'abuso di sostanze, dall'autismo alla schizofrenia. Un approccio basato su uno spettro permette ai clinici di considerare i disturbi su un continuum di gravità, che però non è il continuum di cui si occupa la diagnosi dimensionale basata invece su un continuum tra normalità e patologia. Ad es. sono stati aboliti i sottotipi della schizofrenia (paranoide, disorganizzata, catatonica, indifferenziata e residuale) perché non ritenuti validi, affidabili e predittivi di risposte al trattamento e si è optato per un approccio dimensionale ai disturbi psicotici che permette di collocare il comportamento sintomatico del paziente su un continuum di gravità.

Sempre nel tentativo di migliorare le capacità diagnostiche sono stati aggiunti “specificatori” che includono il decorso, la gravità, la frequenza, la durata, caratteristiche descrittive.

Infine è stata inserita una terza sezione: Proposte di nuovi modelli e strumenti di valutazione che include le *scale di valutazione trasversali* a sostegno dell’approccio dimensionale che aiutino i clinici a determinare altre potenziali aree problematiche che possono influenzare la diagnosi del paziente per misurare i sintomi osservati, *strumenti self-report* e *interviste cliniche per l’inquadramento culturale*, il *modello alternativo del DSM-V per disturbi di personalità* e *8 condizioni che necessitano di ulteriori studi* (come la sindrome di psicosi attenuata ,il disturbo da lutto persistente complicato, l’autolesività non suicidaria, il disturbo da comportamento suicidario ecc.). I sintomi possono infatti subire l’influenza del genere, della cultura, dell’etnia, della religione, del contesto di vita del paziente e questa sezione fornisce strumenti per aiutare i clinici a comprendere come i pazienti che provengono da culture e contesti diversi possono esprimere in modo diverso il disagio psicologico. E’ riconoscibile, come per le passate edizioni del Manuale, il tentativo di arrivare a una valutazione bio-psico-sociale completa per una diagnosi accurata, senza tuttavia risolvere la criticità del DSM ambiguumamente sospeso tra diagnosi categoriale e descrizione ateoretica e neutrale rispetto alla eziologia.

CRITICA AL DSM E ALLA DIAGNOSI CATEGORIALE

Nella storia della psichiatria si è sempre data importanza alla osservazione oggettivante dei fenomeni psicopatologici. È l’impostazione che ha permesso la nascita della clinica psichiatrica.

La ricerca di entità morbose, in medicina, si costruisce attraverso l’individuazione di:

- a) Eziologia: la noxa patogena;
- b) Patogenesi: tutti i nessi causali tra noxa patogena e i sintomi;
- c) Sintomatologia;
- d) Decorso e prognosi.

È sulla individuazione di questi parametri che si giustifica l’affidabilità della diagnosi. Ma questa ricerca e questa pretesa di avvicinare i disturbi dei fenomeni

psichici alle malattie mediche non ha raggiunto gli effetti sperati se non per un piccolo nucleo di malattie su base organica già ricordato.

In psichiatria la causa è spesso ignota e poco si conosce della patogenesi, quindi per fare la diagnosi (cioè la definizione e la distinzione dell'entità morbosa) rimangono l'osservazione della semeiotica, cioè la descrizione e la distinzione dei sintomi (fenomeni che segnalano la presenza di una patologia) o di sindromi (raggruppamenti di più sintomi che si presentano contemporaneamente) e il decorso.

Da qui l'importanza di saper osservare e distinguere i fenomeni psicopatologici e il tentativo di riunirli in classi secondo il metodo intensionale e cioè basato sul riconoscimento di quella o quelle caratteristiche che definiscono e accomunano gli elementi di una classe (in modo che possono essere inseriti in quella classe solo quelli che hanno quella o quelle caratteristiche). Ogni categoria diagnostica ha limiti netti, sono gruppi omogenei con confini distinti che rappresentano disturbi diversi: sono entità discrete che richiedono differenti meccanismi causali, sintomatologia, decorso. Soprattutto implicano segni clinici di discontinuità rispetto al normale che permettono di identificare l'entità nosologica. Ad es. perché un certo fenomeno venga diagnosticato come ossessivo, non basta che sia ripetitivo e incoercibile, ma devono essere presenti tutte e sei le caratteristiche formali propri dei fenomeni ossessivi: l'intrusività, l'estranchezza, l'incoercibilità, l'egodistonia, lo psichismo di difesa, la coscienza di malattia.

Come sappiamo la classificazione del DSM è una classificazione ateoretica (acausale) che classifica i disturbi (non le malattie) definiti fenomenicamente senza implicare la causalità e in modo anche piuttosto vago.

Come abbiamo ricordato, in Medicina, la corretta sequenza per individuare una entità morbosa implica: individuazione della noxa patogena, patogenesi, sintomatologia, decorso e prognosi, diagnosi ma nel DSM questa sequenza non è rispettata. Il disturbo è definito in base a 3 criteri:

1. Criterio statistico-quantitativo: che rimanda al concetto di soglia diagnostica e cioè il numero minimo di sintomi per fare diagnosi di un certo disturbo. Ma la definizione di disturbo è vaga: con tendenza a non poter distinguere tra disturbo e condizioni che rappresentano solo normali reazioni a eventi; quindi iperinclusività del DSM. Non è chiaro

cosa sia il disturbo: ciò che manca al DSM è proprio l'esplicitazione della funzione alterata che provoca il sintomo, a causa dell'impostazione ateorica del DSM. Manca una fine distinzione dei fenomeni;

2. Assenza di gerarchia: manca l'ordinamento gerarchico dei sintomi all'interno di una diagnosi, i sintomi sono situati sullo stesso piano, equivalenti nel loro valore diagnostico e intercambiabili. La perdita di una gerarchia nell'ordinamento dei sintomi porta a 2 conseguenze negative: eccessivo splitting (eccessiva frammentazione della diagnosi), eccessiva comorbidity (iperinclusività del DSM, aumento della eterogeneità del disturbo);
3. Si è privilegiata l'obiettivizzazione e la condivisione del significato nella definizione di sintomo, cioè si è privilegiata la concordanza tra osservatori indipendenti nella definizione del fenomeno, che ha portato a preferire la descrizione di comportamenti a quella dei vissuti e a semplificare la descrizione dei fenomeni, con perdita di molte conoscenze accumulate nel tempo dalla psicopatologia, l'incapacità a trasmettere una fine semeiotica tra i fenomeni e impoverendo la prassi clinica riducendola spesso all'applicazione di protocolli rigidi.

Dobbiamo quindi riconoscere 3 criticità nel DSM:

1. La definizione dei sintomi eccessivamente generica e quindi: riscontro di sintomi generici in patologie differenti, aumento della possibilità di comorbidity tra i disturbi, rinuncia a una fine distinzione dei fenomeni in favore della reliability (dell'affidabilità) e della possibilità che operatori diversi possano condividere la stessa definizione;
2. Mancanza di una gerarchia tra i sintomi e quindi sintomi accessori avranno la stessa importanza per la diagnosi dei sintomi fondamentali;
3. I criteri di inclusione/esclusione che dovrebbero essere precisi in una diagnosi categoriale non lo sono a causa del criterio quantitativo (un certo numero di sintomi è sufficiente per la diagnosi) e politetico (mancanza di gerarchia).

Dal punto di vista clinico possiamo avere difficoltà di diagnosi relativa ai casi “sotto soglia” e difficoltà di collocare dal punto di vista diagnostico gli “stati misti”.

Invece, essendo in psichiatria la diagnosi basata essenzialmente sull'osservazione dei sintomi, questa deve essere il più possibile rigorosa e attenta per poter cogliere le sottili differenze fenomeniche tra 2 sintomi che possono essere grossolanamente simili ma essenzialmente diversi, ad es. tra un ritiro autistico e un comportamento di evitamento fobico, oppure tra un delirio primario e un deliroide comprensibilmente secondario a una depressione.

LA DIAGNOSI DIMENSIONALE

Essa studia il fenomeno psicopatologico dal punto di vista della dimensione, cioè si occupa di fenomeni psichici che hanno la caratteristica di implicare un continuum tra norma e patologia e che questo continuum sia quantificabile e quindi misurabile. Non si occupa di fenomeni che ci sono o non ci sono, dei fenomeni che presentano un salto qualitativo tra norma e patologia: il delirio c'è o non c'è, il deliroide non è un delirio, è un altro fenomeno.

L'aggressività, l'ansia possono essere studiate come dimensioni perché esiste un continuum tra norma e patologia e quindi è misurabile, e possiamo decidere, a seconda delle finalità del nostro studio, qual è il valore rispetto al quale decidiamo di tracciare un limite tra norma e patologia (per la temperatura corporea questo limite è di 37 gradi). La colesterolemia è un continuum, è il medico che stabilisce dove individuare il cut-off per le sue esigenze diagnostiche e terapeutiche.

Caratteristiche dell'approccio dimensionale:

- 1) **Omogeneità:** se il campione non è omogeneo non c'è continuità né misurabilità. L'enfasi è sulle somiglianze a scapito delle differenze.
- 2) **Misurabilità:** siamo di fronte a fenomeni che possono essere caratterizzati da una variazione quantitativa continua. Non sono misurazioni oggettive, come la febbre, ma sono sempre valutazioni soggettive, del paziente o del terapeuta, e i punteggi ottenuti sono suscettibili di ampie variazioni a seconda del tipo di test, a chi si somministra, a come lo si somministra, a seconda degli scopi.
- 3) **Continuità tra norma e patologia:** non ci sono distinzioni qualitative ma solo quantitative lungo il continuum. La demarcazione è una scelta arbitraria

dell'osservatore a seconda delle sue finalità. Se gli estremi del continuum sono qualitativamente differenti bisogna decidere quando si determina il salto in cui la variazione quantitativa raggiunge un punto critico oltre il quale c'è un cambiamento qualitativo.

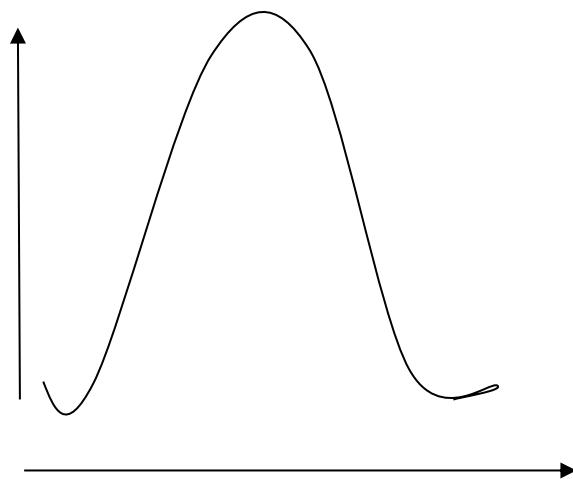
- 4) **Transnosografia:** le dimensioni non sono specifiche di una categoria diagnostica ma si ritrovano in molte sindromi cliniche oltre che in condizioni non psicopatologiche.
- 5) **Indipendenza,** nel senso che le variazioni di una dimensione possono avvenire senza influenzare un'altra.
- 6) **Assenza di gerarchia:** non viene stabilito un rapporto gerarchico tra le dimensioni, ma solo un ordine di importanza nell'ambito del singolo caso clinico.
- 7) **Rimando a una funzione sottostante:** ogni dimensione rimanda a un funzionamento cerebrale sottostante. È il punto più debole dell'intero costrutto (peraltro in comune con l'approccio categoriale). Esiste uno iato incolmabile tra somatico e psichico e tra le 2 modalità di conoscenza: spiegazione comprensione. La vera differenza con la diagnosi categoriale sta nell'annullamento della variazione qualitativa tra norma e patologia. La diagnosi dimensionale permette di superare 2 limiti della diagnosi categoriale: i casi sottosoglia e i casi misti. Ma esistono fenomeni psicopatologici che non sono inquadrabili in una distribuzione continua come le sindromi mentali organiche, le psicosi cosiddette endogene (schizofrenia e psicosi maniaco-depressiva) e molte sindromi nevrotiche (vedi ossessioni) in cui dobbiamo accettare una discontinuità dei fenomeni psicopatologici (vedi Jaspers e la straordinaria rivisitazione della psicopatologia delle psicosi individuando come criteri distintivi dei fenomeni la differenza tra comprensibile e incomprensibile e tra processo e sviluppo).
- 8) Esistono invece altre situazioni in cui i fenomeni psicopatologici sono distribuiti tra soggetti normali e patologici o tra soggetti con diagnosi diverse, come l'ansia, la capacità di tollerare le frustrazioni, la sensibilità al giudizio e alla critica

ecc. In queste situazioni (ad es. nei disturbi di personalità e negli “sviluppi” di Jaspers) la proposta di una diagnosi dimensionale è corretta e coerente con il punto di vista teorico.

L’approccio dimensionale può essere preferibile per quei fenomeni che si ritrovano sia nella norma che nella patologia, per es. l’ansia ma, come abbiamo detto, esistono differenze quantitative che ad un certo punto si trasformano in differenze qualitative, cioè determinano modi diversi di essere, introducendo un salto qualitativo: ad es. nel perfezionismo si può passare dall’egosintonia alla ego distonia, oppure da una rupofobia ossessiva si può passare ad un deliroide di contaminazione.

TRA NORMALITA’ E PATOLOGIA

L’approccio categoriale ricerca distinzioni qualitative tra i fenomeni normali e patologici. L’approccio dimensionale ricerca fenomeni che presentano un continuum qualitativo tra norma e patologia con distinzioni solo quantitative. Il fenomeno è comprensibile: l’osservatore può rivivere dentro di sé la stessa esperienza o perché l’ha già provata o perché può pensare che la proverebbe se fosse al posto del paziente.



La norma non esiste, è solo un concetto statistico. Ma la definizione di malattia intesa come scarto statistico dalla media non è soddisfacente. Ci deve essere un giudizio di valore, che non può essere solo espressione del comportamento della

maggioranza e non legato ad una situazione culturale contingente. La letteratura ci suggerisce dei criteri per distinguere la norma dalla patologia:

1. La perdita della libertà interiore: di poter cambiare a seconda delle esigenze;
2. La rigidità dell'omeostasi: il non poter fare altrimenti;
3. L'inappropriatezza: mettere in atto strategie non appropriate all'obiettivo da raggiungere, l'improduttività della soluzione tentata. Lo stesso comportamento può essere normale o patologico a seconda del contesto, sarà il modo rigido e ripetitivo di presentarsi e la sua inappropriatezza a denunciare la mancanza di libertà interiore di chi lo esprime, in rapporto all'intera personalità, al sistema di valori e all'ambiente.

RICADUTE NELLA PSICOFARMACOLOGIA

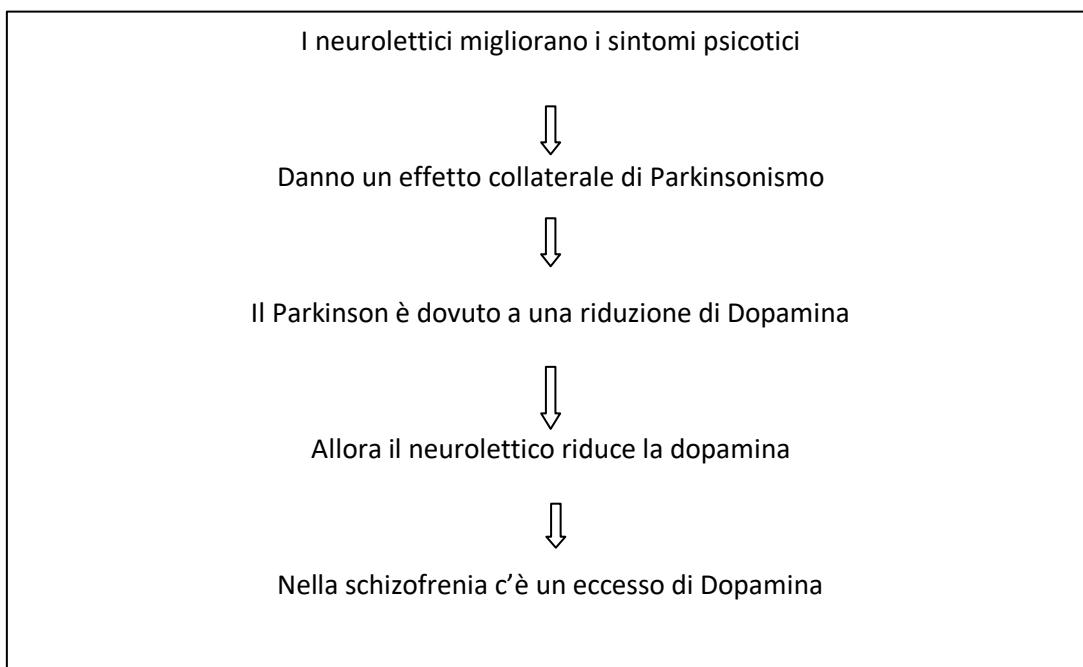
Sia la diagnosi categoriale che la diagnosi dimensionale rimandano al comune presupposto che i fenomeni psicopatologici siano sempre causati dall'alterazione di una sottostante struttura o funzione cerebrale. Ogni fenomeno psichico è un epifenomeno di un corrispondente processo neuronale. Ma il problema è lo iato esistente tra l'ipotetico processo patologico sottostante e la sintomatologia così come rimane il problema tra l'effetto chimico del farmaco e l'effetto clinico, cioè la modifica indotta sul fenomeno psicopatologico. Siamo di fronte a una catena intermedia di collegamenti di cui si conosce poco o nulla.

Potremmo pensare che una terapia basata su una diagnosi categoriale dovrebbe essere una monoterapia, diretta a correggere l'alterazione eziopatogenetica responsabile dei sintomi, mentre una terapia basata su una diagnosi dimensionale dovrebbe essere una politerapia, cioè diretta a correggere l'alterazione sottostante responsabile della disfunzione che si esprime attraverso una modifica di quella dimensione che è indipendente dalle altre.

In medicina generale solo in pochi casi la terapia è una monoterapia, ad es. un antibiotico cura la corrispondente infezione. Nella maggior parte dei casi la terapia è una politerapia, con farmaci diversi che agiscono sulla eziologia, sulla catena patogenetica, sui sintomi, sulla prevenzione delle complicanze, sulla rimozione delle condizioni ambientali che favoriscono la malattia. In generale in medicina nelle malattie a eziopatogenesi conosciuta è il tipo di eziopatogenesi che guida la scelta della terapia. Ma in psichiatria, essendo per lo più la patogenesi sconosciuta,

la terapia non può che essere basata sull'osservazione empirica che un determinato farmaco funziona migliorando il quadro sintomatologico: in pratica dal tipo di risposta che si ottiene somministrando il farmaco.

Quindi la terapia non dipende tanto dal modo di fare diagnosi, ma dall'azione del farmaco sulla patogenesi, e se questa è ignota, dalle deduzioni che si possono fare in base al tipo di risposta al farmaco. Possiamo fare ipotesi patogenetiche che correlano l'azione farmacologica alla modificazione sintomatica ottenuta o agli effetti collaterali.



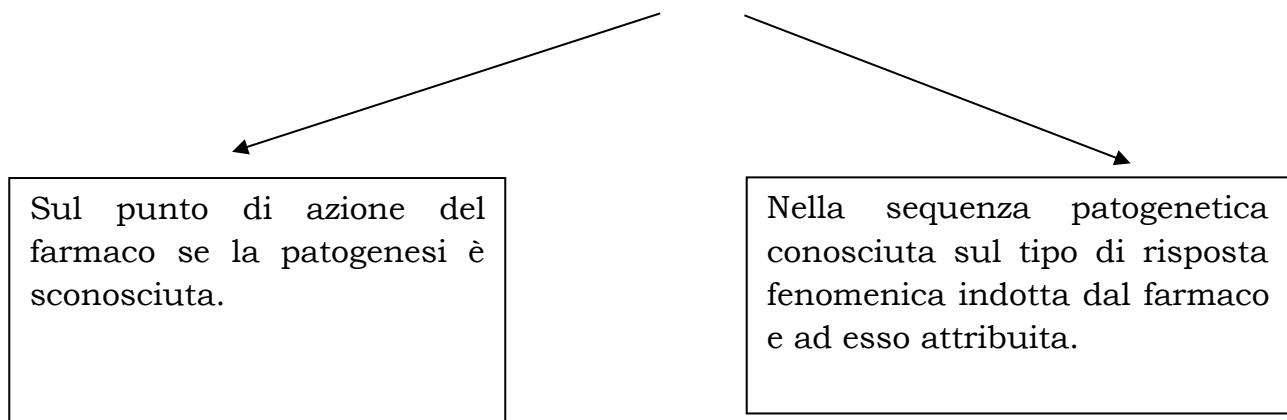
La risposta empirica alla farmacoterapia permette di avanzare ipotesi sul livello in cui il farmaco ha presumibilmente agito e di fare ipotesi sulla patogenesi. È una politerapia che si basa sulla gerarchia di azione del farmaco; si può dare un ipnotico per migliorare l'insonnia di un depresso in attesa che l'azione dell'antidepressivo, migliorando l'umore, porti a un miglioramento del sonno. La frequenza della comorbidità in psichiatria e di pazienti che presentano più disturbi sollecita a utilizzare politerapie.

D'altra parte, a tutt'oggi, non esiste un farmaco specifico per ogni categoria né un farmaco specifico per ogni dimensione. Uno stesso farmaco può essere utilizzato per molte categorie diagnostiche come la depressione, il disturbo ossessivo-compulsivo, il disturbo da attacchi di panico. Lo stesso vale per le dimensioni: umore depresso, ossessività, ansia ecc. In psichiatria nella maggior parte dei casi

non conosciamo l'esatta sequenza che collega l'alterata funzione (o struttura) all'espressione sintomatica. La terapia è essenzialmente sintomatica.

Ma se la terapia modifica l'intero quadro sindromico è presumibile che la sua azione si esplichi ad un livello profondo della patogenesi. L'antidepressivo nella depressione non migliora soltanto l'umore vitale, ma migliora anche altre funzioni psichiche: la concentrazione, la psicomotricità, l'ansia ecc.

La scelta di una certa terapia farmacologica non dipende tanto dal sistema diagnostico impiegato, ma dal livello di azione attribuito al farmaco:



Molti aspetti possono complicare il rapporto tra azione biologica del farmaco e le modificazioni cliniche indotte. Uno stesso farmaco può agire su più sindromi, la stessa sindrome può rispondere in modo identico a farmaci che agiscono su sistemi recettoriali diversi.

L'interdipendenza tra sistemi neuronali stimolati da neurotrasmettitori diversi, rendono conto della complessità della situazione.

In psichiatria è comunque sempre raccomandabile **la parsimonia** nella prescrizione farmacologica: maggiore è il numero dei farmaci prescritti e maggiore è il numero delle variabili di cui tenere conto.

Più farmaci diamo, più possono competere e avere interazioni tra loro. Il farmaco in definitiva è una sostanza introdotta nell'organismo e in quanto tale l'organismo cerca di liberarsene attraverso un percorso che implica l'assorbimento, il metabolismo e l'eliminazione della sostanza.

Chiamiamo farmacodinamica ciò che il farmaco fa all'organismo, l'azione del farmaco sull'organismo; farmacocinetica ciò che l'organismo fa al farmaco, come il

farmaco viene assorbito, metabolizzato ed eliminato. I farmaci si limitano a modificare processi biochimici e fisiologici esistenti, non creano effetti ex novo. Sono pochi i farmaci che incidono direttamente sulla patogenesi del disturbo (ancora una volta l'antibiotico che elimina l'agente infettivo). I farmaci inducono degli stati alterati dell'organismo come se creassero una malattia artificiale che riduce l'espressività del disturbo.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2013), Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-5. Trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2014.

Aragona M., (2006) Aspettando la rivoluzione, oltre il DSM 5: le nuove idee sulla diagnosi tra filosofia della scienza e psicopatologia. Editori Riuniti, Roma.

Vella G., Aragona M., (2000) Metodologia della diagnosi in psicopatologia, Bollati Boringhieri, Torino.