

Recensioni

James W. Barron (a cura di)
Dare un senso alla diagnosi
Raffaello Cortina, Milano 2005,
pagine 365, € 35

Nel processo di continuo aggiornamento di una nosografia in evoluzione, tesa a un crescente grado di attendibilità e validità, l'American Psychiatric Association sta procedendo alla preparazione del DSM-V, in direzione di una feconda integrazione di un modello diagnostico dotato di "senso". E che non sia esclusivamente centrato sui sintomi, ma includa anche aspetti strutturali e indicazioni sul vissuto "soggettivo" del disturbo mentale.

In realtà, la possibilità di valutare in modo affidabile i pazienti per mezzo di criteri più volte modificati del sistema diagnostico DSM è stato uno dei maggiori progressi nel campo dei disturbi psichiatrici. Il DSM è diventato nel tempo la versione standard per la diagnosi delle patologie mentali, permettendo ai clinici e ai ricercatori di tutto il mondo di identificare categorie diagnostiche, sistemi classificativi e informazioni su più o meno gli stessi pazienti a livello delle descrizioni dei loro comportamenti.

Gli sviluppi delle neuroscienze e della psichiatria biologica mostrano che "la mente e il corpo" funzionano come "unità". Ma al tempo stesso si è affermata la tendenza negli ultimi anni a esacerbare la scissione tra "mente" e "cervello" e a privilegiare un punto di vista a scapito dell'altro. La polarizzazione tra psichiatria a orientamento biologico e psichiatria a orientamento dinamico, invero, conduce a un "riduzionismo limitante (Gabbard) e finisce per trasformarsi in un esercizio ritualistico e sterile separato dalle esperienze reali del paziente e dalle complesse sfide del trattamento (Buzzon).

La classificazione delle sindromi psichiatriche si concentra sulla fenomeno-

logia, ovvero sul raggruppamento di "segni" e "sintomi". La ripartizione delle sindromi proposta da Ippocrate (mania, melanconia e paranoia) ha continuato a influenzare il mondo psichiatrico occidentale fino a Pinel. Le origini della moderna classificazione delle sindromi psichiatriche, incluse le diverse versioni del DSM, possono essere rintracciate nella psichiatria del XIX secolo di Griesinger, Hecker, Kahlbaum, ma soprattutto di Kraepelin. Le tredici categorie kraepeliniane sembrano ancora incredibilmente attuali.

Dopo la seconda guerra mondiale, la psichiatria americana fu dominata dal modello psicosociale caratterizzato da un concetto unitario di malattia mentale come il fallimento dell'individuo nell'adattarsi al suo ambiente, per una combinazione di conflitti psichici e "danni ambientali" (Wilson). Questo modello ha dominato la psichiatria fino alla pubblicazione del DSM-III, 1980. La prima edizione nasce nel 1952 e contiene un glossario che descrive varie categorie diagnostiche basata sulla prospettiva psicobiologica dello sviluppo individuale. Vennero descritti 108 disturbi diversi. La seconda edizione (DSM-II, 1968) si basava sulla classificazione delle malattie mentali, distingueva tra disturbi nevrotici e specificava 182 disturbi differenti. Questa edizione, tuttavia, non forniva un quadro teorico che facilitasse la comprensione dei disturbi mentali non organici. Come reazione all'incapacità di un quadro teorico che facilitasse la comprensione dei disturbi mentali non organici. Come reazione all'incapacità di raggiungere livelli accettabili di attendibilità con il DSM-II, l'Associazione psichiatrica americana cercò di stabilire una base più empirica per la diagnosi psichiatrica, pubblicando la terza edizione del manuale (DSM-III, 1980) e la sua revisione (1987). Queste successive

edizioni erano un tentativo per stabilire un sistema multiassiale teoricamente neutrale, che collocava un ampio *range* di sintomi descrittivi in 265 categorie o disturbi. A causa della presenza di molti casi nei quali i criteri non erano chiari né coerenti con le categorie diagnostiche o erano persino contraddittori, nel 1994, l'Associazione di psichiatria pubblicò la versione più recente.

Lo sviluppo delle varie fasi del DSM in sostanza rappresenta un momento fondamentale per la psichiatria, che è tornata a un sistema tassonomico di natura essenzialmente kraepeliniana e a un modello di tipo medico. Lo scopo degli autori del manuale era quello di realizzare un modello ateoretico, poiché l'inclusione di teorie eziologiche poteva risultare di ostacolo per l'uso del manuale da parte di clinici appartenenti a diversi orientamenti teorici.

L'idea di una nosologia ateoretica come concordano autorevoli studiosi, in realtà è in sé una posizione insostenibile. La teoria, per Millon e Carson, non è solo "inevitabile", ma anche "essenziale" allo sviluppo delle tassonomie. In assenza di formulazioni teoriche, una particolare diagnosi "non dice quasi nulla sull'entità presunta", per cui l'affidabilità risulta "superficiale" e "improduttiva". Le maggiori riserve rispetto all'approccio delle varie edizioni del DSM alla diagnosi dei disturbi mentali riguardano l'assenza di una teoria integrata; la demarcazione forzata tra normalità e patologia; un interesse eccessivo per i segni e i sintomi; l'utilizzo di distinzioni categoriali piuttosto che dimensionali; soglie o "cut-off" arbitrari; un alto grado di sovrapposizione o comorbilità tra disturbi apparentemente distinti; le categorie diagnostiche sono trattate come entità separate e indipendenti, non tenendo conto delle loro possibili relazioni; un'attenzione insufficiente ai problemi della validità; il non prendere in considerazione i pro-

Recensioni

blemi dell'intervento terapeutico e le questioni dell'eziologia. Altre critiche concernono l'assenza di una prospettiva evolutiva e la possibilità di liberare la ricerca clinica sulla base delle valutazioni diagnostiche del DSM per iniziare, invece, a identificare le variabili dimensionali che legano le diagnosi psicopatologiche ai concetti della teoria della personalità, della definizione di sé (*self-definition*) e della relazionalità interpersonale (*relatedness*). Un approccio ateoretico come quello del DSM-IV presenta, poi, quattro gravi limiti: è riduzionistico; non sottolinea la differenza fra tratti e stati; non è dinamico; sacrifica la validità diagnostica sull'altare dell'attendibilità (Blatt). Del tutto "inadeguate" sono, per McWilliams, le categorie del DSM-IV di fronte agli obiettivi specificatamente clinici, poiché non riescono a considerare la complessità della relazione esistente tra la struttura sottostante e i fenomeni comportamentali osservabili; né sono in grado, altresì, di formulare un piano di trattamento adeguato.

Le persone e le patologie sono, invero, molto più complicate e stratificate di quelle che la psichiatria descrittiva po-

trà mai evidenziare, e, senza l'arte del clinico, la scienza nosografica diventa un'interpretazione "esile", "inconsistente" e "superficiale" della condizione umana. La diagnosi in generale e il *testing* in particolare, infine, sono ancora – afferma Wood – "troppo inaffidabili" sul piano scientifico per essere usati "eticamente". Di qui l'importanza di una teoria clinica più "vicina" alle esperienze e ai significati "soggettivi" del paziente. Una diagnosi che escluda la dimensione "soggettiva" non solo risulta "restrittiva", ma presenta anche possibilità di applicazione "molto limitata" nel processo terapeutico.

Il punto fondamentale è che l'"assessment" del paziente costituisce l'espressione di una valutazione che possa essere integrata clinicamente con una "comprensione" più completa, secondo cioè un modello che cerca di mettere in relazione i sintomi con la storia personale e i processi mentali del paziente, e tale da risultare utile al trattamento. Le diagnosi statistiche in sostanza non ci aiutano a comprendere i fenomeni psichiatrici, in quanto non permettono di prendere in considerazione le componenti "funzionali" delle

patologie mentali e il modo in cui esse possono essere considerate in vista di un cambiamento delle strategie di coping da parte dei pazienti.

Abbiamo bisogno, dunque, di una teoria che preveda la pianificazione del trattamento non sulla base dei singoli sintomi, ma sull'organizzazione strutturale del paziente in relazione ai pattern dei sintomi presentati. Il clinico deve essere curioso, perseverante, paziente. E, soprattutto, deve saper riconoscere la persona che sta dietro al disturbo. Questa concezione, mentre costituisce una fondamentale integrazione al DSM, si propone di comprendere nella diagnosi non solo la descrizione oggettiva dei comportamenti del soggetto, ma anche il "senso" conscio e inconscio che viene loro attribuito. Superando così i limiti di un approccio ateoretico e categoriale che trascura gli aspetti dimensionali e della soggettività.

Guido Brunetti
Collaboratore del Dipartimento
di Scienze Psichiatriche.
Insegnamento di Psicopatologia,
Università La Sapienza, Roma