

CRITICA DEL METODO PSICHIATRICO

La Psichiatria che tratta di “malattie mentali”, di psicofarmaci, di TSO, di ricoveri, di diagnosi, è anche una questione di metodo. Una critica delle Psichiatrie dell’istituzione Dipartimento di Salute Mentale non può fare a meno della conoscenza del metodo per la critica del metodo stesso. Alla Psichiatria l’autoritarismo viene anche dai modelli adottati, dalle diagnosi, dalle classificazioni, dalle misurazioni. È facile una critica dell’autoritarismo della contenzione fisica o chimica. Più complicato è criticare l’autoritarismo del metodo. Dove una critica genericamente anti-psichiatrica temporeggia alla ricerca di una malattia nella lesione d’organo, le Psichiatrie introducono la dimensione fisica dell’informazione dalla quale derivano ulteriori modelli di malattia. Non per questo vogliamo giustificare il nuovo autoritarismo. Ideologia e pregiudizio prevalgono su scienza, cultura e buon senso. È anche da tanti psichiatri che proviene una critica all’ipotizzato fondamento scientifico della Psichiatria. Il concetto e il modello di “malattia” cambiano nel tempo. In campo biologico si identifica una causa necessaria, anche se non sufficiente, a determinare la malattia. Chi si occupava di “malattia mentale” era laureato in “Medicina e Filosofia”. Alla fine del ‘700 la Psichiatria si pose nel filone della Medicina. La Medicina si avvale di concetti, teorie, sistemi non congruenti con il campo di studio medico. In Psichiatria sono i comportamenti ad essere “malati” o abnormi. Il fatto psichiatrico non può essere circoscritto nell’arida descrizione del naturalista. Da qualsiasi parte si contesti la Psichiatria si contesta la diagnosi. Insuccessi nel tentativo di uno statuto più aderente alla scienza. Gli indicatori del DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disordini Mentali) sono del tutto arbitrari. Una classificazione ateoretica frutto di un compromesso. Non si distinguono sintomi “primari” come conseguenza diretta della malattia. Nessuna correlazione tra causa ed effetti. Le classificazioni che portano alle diagnosi sono puramente intuitive e ipotetiche. La individuazione e la raccolta degli indicatori di malattia dove non impossibili sono arbitrarie. Se i sintomi rimangono alla base della Psichiatria si oppongono al principio di indeterminazione di Heisenberg. Alla ricerca della riproducibilità e dell’oggettività dei fenomeni. Tra reliability (affidabilità) e validity (validità) c’è la differenza che c’è tra il fast food e la buona cucina. Le diagnosi non sono malattie. Le misurazioni psichiatriche contrastano con i principi base della logica. Tutti i presupposti teorici delle Psichiatrie sono ancora tutte da verificare. I postulati della Psichiatria sono in contrasto con le evidenze della moderna epistemologia e psicologia. Il metodo per potersi criticare si deve conoscere. Nessuno meglio dello psichiatra sa parlare del metodo. Dove vanno le Psichiatrie.

**La Redazione del
“Progetto Contraria-Mente”**

La diagnosi e la valutazione in psichiatria.

Un excursus critico sui metodi della psichiatria

Il modello di malattia

La delimitazione del concetto di malattia è problema vasto, complesso e dibattuto. Pur non essendo possibile darne una definizione esauriente ⁽¹⁾, la malattia come modello ed entità semantica è uno schema di riferimento continuamente presente nell'agire del paziente e del terapeuta ed è più esaurientemente trattata altrove in questo volume.

Mentre modelli e concetti classificativi hanno subito ben identificabili cambiamenti storici, gli aspetti semantici della malattia mantengono attributi stabili nel tempo e nelle culture ⁽²⁾.

È importante comunque sottolineare come questi attributi generali (squilibrio, indesiderabile dannoso, deviazione, sconforto, doloroso, inaspettato, ecc.) acquisiscano senso esclusivamente rispetto a determinate convenzioni.

“Malattia” può infatti riferirsi a stati di disfunzione e disadattamento che devono essere definiti convenzionalmente in un determinato gruppo socioculturale, intendendo l'uomo come essere sia sociale che biologico cui è richiesto di adattarsi al proprio ambiente sia fisico che relazionale ⁽³⁾.

L'iniziale contenuto generico del concetto di malattia, nella tradizione della cultura occidentale comprende una varietà di sintomi soggettivi e di segni fisici che attengono sia all'area somatica (per es. la lesione), sia all'area psicologica (per es. il dolore), sia alla sfera sociale relazionale (per es. l'incapacità lavorativa).

La malattia può dunque essere vista come:

- disadattamento sociale
- sofferenza psicologica

- anomalia biologica.

Nella cultura prepositivista e tuttora nell'ambito popolare la malattia assume significato in relazione a tutti e tre questi livelli, senza una chiara gerarchia di livelli, e il concetto è ancora profondamente radicato nel disadattamento sociale e nella sofferenza individuale. È importante aver presente che per ciascun livello considerato esiste un linguaggio specifico e norme e regole di corrispondenza di valore e significato difficilmente trasferibili da un campo all'altro.

Di fronte alla relativa invarianza del concetto più generale e più popolare di malattia, la concezione medica ha evidenziato invece alcuni importanti cambiamenti.

Seguendo l'impulso alla osservazione naturalistica del 18esimo secolo, i medici hanno posto maggiore attenzione all'aggregazione dei sintomi, per cui la concezione medica di malattia è passata da un concetto di malattia come sintomo ad uno di malattia come sindrome ovvero una costellazione di elementi (biologici, psicologici, relazionali) che abitualmente si trovano associati.

Contemporaneamente l'apertura culturale post-illuminista (con la dissezione dei cadaveri) e lo sviluppo tecnologico hanno aperto nuovi campi di osservazione nell'ambito della sfera somatica (l'anatomia patologica in primis, ma anche la microscopia, la chimica, ecc.) determinando un sempre maggior peso della componente somatica. Il metodo anatomico-clinico di Virchow ha poi ridisegnato le gerarchie dei fattori responsabili della malattia.

La lesione anatomico-patologica (per es. cancro gastrico) è responsabile dei segni fisici (dimagrimento, ematemesi, ecc.), i quali sono responsabili dei sintomi psichici (dolore, astenia, apatia, ecc.) che a loro volta sono responsabili della disfunzionalità sociale. Ecco che le dimensioni biologica, psicologica e sociale, sinora in-

terreagenti tra loro, ma prive di una chiara gerarchia reciproca, vengono a connotarsi in un sistema di causalità lineare secondo cui la relazione diviene: biologico → psicologico → sociale. La conseguente enfasi data alle variabili biologiche trova grande successo in quanto tali variabili sono misurabili, oggettive, stabili nelle culture, invariante interindividualmente, in genere distribuite secondo una curva gaussiana.

Facendo ricorso alle variabili biologiche il vantaggio è enorme: il concetto, sino allora mal definito, di malattia si chiarifica in maniera inattesa: malattia, disfunzione e deviazione statistica si identificano: la media statistica è anche la buona funzionalità e l'assenza del sintomo, mentre l'estremo comporta anomalia, malessere, sintomi e quindi malattia (il lettore pensi per esempio alla glicemia). La medicina ha scelto quindi il proprio campo di studio e di applicazione prevalente nel sistema biologico. I dati psicologici e relazionali perdono gradatamente importanza e rimangono in ambito medico in funzione di labili ma economici indicatori di disturbi da evidenziarsi nel sistema biologico. Per fare un esempio, il dolore retro-sternale è un indicatore generico della possibile presenza di cardiopatia ischemica, che deve essere confermata con i mezzi della biologia, ma perde ogni significato di sofferenza individuale, e, in assenza di indicatori oggettivi di ischemia cardiaca, diventa indicativo di "malattia immaginaria"; ben diverso rilievo assume la condizione opposta dell'infarto asintomatico. Da questa trasformazione è iniziato lo sviluppo scientifico della medicina. Infatti, da un lato aver scelto il proprio campo di studio in un sistema di variabili relativamente stabili (ovvero oscillanti attorno a valori che si modificano poco) nel tempo e nelle culture permette una maggiore stabilità dei concetti. Dall'altro avvalersi di metodiche di rilevamento e oggettificazione del fatto empirico tali da consentire riproducibilità e un

generale consenso rende l'osservazione empirica un dato scientifico.

Un ultimo elemento, essenziale nella formazione dell'attuale modello medico della malattia, è rappresentato dall'individuazione nel campo biologico di una causa necessaria, anche se non sufficiente, a determinare la malattia. In tal modo è stato possibile proporre il modello semplice basato sulla causalità lineare tuttora radicato nella pratica medica, nell'opinione pubblica ed anche in determinati settori di ricerca ed insegnamento. Infatti, anche se una malattia riconosce una causalità multifattoriale – per esempio la TBC –, se tra gli elementi causali è possibile individuare un fattore necessario, anche se non sufficiente, – come il bacillo di Koch – e tale fattore è aggredibile dalla terapia, è possibile e probabilmente conveniente adottare concettualmente il modello della causalità univoca e lineare (il bacillo di Koch causa la TBC) che si è andato delineando in altri settori della scienza.

L'impostazione concettuale può in tal caso essere formalizzata in:

Malattia = danno (devianza, errore) biologico.

Il danno biologico (livello subindividuale) causa il sintomo (livello individuale, psicologico, per cui è appropriato un linguaggio diverso) che causa la disabilità relazionale (livello superindividuale, di gruppo complesso, per cui è appropriato ancora un altro linguaggio).

Il modello di malattia sopra descritto ha sicuramente comportato una straordinaria serie di vantaggi (dal salasso di poco più di 100 anni fa all'angioplastica attuale) e, per quanto non immune da difficoltà e incomprensioni (come impietosamente sottolineano i fautori di una impostazione olistica), appare oggi difficilmente modificabile.

Modello di malattia in psichiatria

Quando, alla fine del '700, la psichiatria si è posta nel filone delle scienze mediche, in questo indirizzo della medicina resisteva l'antico concetto di malattia in cui gli elementi di sofferenza individuale, disabilità sociale, rivestivano grossa importanza, non erano stati ancora soppiantati dai segni fisici e il medico si laureava in "Medicina e Filosofia". In questo contesto l'assimilazione della psichiatria alla medicina appariva pienamente legittima e giustificata dagli immediati vantaggi che riabilitava i "mentecatti" a "malati di mente".

La psichiatria ha seguito le successive evoluzioni della medicina nel senso finora indicato, ma tale impostazione appare ad oggi estremamente carente, sommando peculiari difficoltà alle lacune dell'impostazione medica.

1) Innanzitutto l'assenza di isolamento di un segno biomedico che potesse sostituire i sintomi risulta nella mancanza di un valore interventivo dei segni biologici.

2) Il fatto che i sintomi psichiatrici non siano esattamente definiti, ovvero che non esistano metodiche e strumenti analoghi ai segni biomedici, non rende possibile rilevare e comunicare "obiettivamente" il dato su cui si fonda la teoria scientifica. Al fine di rendere comunicabile l'osservazione psichiatrica si sono costruite delle tecniche (interviste strutturate, diagnosi operazionali, rating scales) straordinariamente deboli sia dal punto di vista concettuale e metodologico che sotto il profilo interventivo (come sarà discusso in seguito).

3) La variabilità dei 'comportamenti' che concettualmente hanno sostituito i segni è eccezionalmente ampia se raffrontata a quella dei paradigmi biologici.

4) Il valore adattativo dei comportamenti è molto più dipendente dalla situazione generale del sistema di riferimento in cui sono collocati (ambiente relazionale)

rispetto agli indici biologici in cui l'ambiente è più stabile (soggetto a cambiamenti meno bruschi).

Da questo deriva che in psichiatria non esiste un valido concetto di normalità da cui conseguire quello di anormalità e malattia. Dato che il concetto di normalità è indispensabile al paradigma biomedico nel quale ha scelto di collocarsi la psichiatria, essa deve fissarlo arbitrariamente.

In definitiva la psichiatria tende ad avvalersi di concetti, teorie, sistemi spesso non derivabili né congruenti con il proprio campo di studio.

La diagnosi e la classificazione

L'analisi dei sistemi classificativi psichiatrici permette di prendere in considerazione questo equivoco di base.

Nel concepire una nosologia il gruppo in esame dovrà essere accomunato dalla caratteristica comune di essere ammalato. Nonostante che per la funzionalità di un sistema nosologico non ne sia necessaria una precisa definizione (¹), il concetto di malattia resta sottinteso ad ogni categoria diagnostica.

In psichiatria dunque vi sono eventi comportamentali (o psichici) che noi possiamo raggruppare come "malati" o anormi. Un sistema nosologico inizia quindi, direttamente o indirettamente, su questa definizione.

Rimandando l'approfondimento del concetto di malattia in psichiatria ad altri lavori in questo stesso volume appare comunque evidente come il primo passo nel processo nosologico sia inerentemente arbitrario (⁴). Nel costruire un sistema diagnostico psichiatrico, la conoscenza stabilita intorno ai disordini psichiatrici dovrebbe essere usata per definire i principi utili per selezionare e organizzare i diversi generi di informazioni disponibili.

L'approccio classico è quello tipologico: questo processo presuppone che le maggiori variabili cliniche formino modelli

distintivi che costituiscono disordini qualitativamente diversi; a ciascuno di questi modelli viene attribuita una 'etichetta' differente. Qualora siano riscontrate frequenti variazioni da un dato modello, ad esempio se ci sono pazienti che hanno alcuni sintomi tipici, ma non le altre caratteristiche di un disordine, allora è necessaria una revisione del sistema diagnostico.

Nel processo nosologico di questo tipo è inerente il rischio della reificazione, ovvero essere indotti a credere che il nome, formatosi attraverso una selezione di fatti, indichi, o sia di per sé, una entità.

Nella pratica e nella ricerca psichiatrica questo equivoco è di frequente osservazione: raramente ci si interroga se le categorie diagnostiche sottintendano delle unità fattuali o se invece non siano più utili combinazioni diverse delle caratteristiche dei pazienti.

A questa concezione è connesso, nella pratica clinica, il rischio dell'attribuzione delle proprietà del gruppo all'individuo, in un processo di ritorno in cui le caratteristiche selezionate e purificate in un ambito teoretico, vengono riadoperate come sistema di riferimento spesso forzoso sul concreto della cosa.

Anche questo processo appare legittimo solo se considerato nel suo valore ipotetico di modello e se dotato di una elasticità tale da potersi sempre rivedere e modificare nel confronto con la realtà. Mentre, se diventa rigido, come può accadere ai processi classificativi, può risultare inadeguato e pericoloso.

Il procedimento diagnostico nella psicopatologia tradizionale partiva da un metodo di rilevazione fondato sull'osservazione e colloquio libero, cui seguiva un'accurata descrizione con ampio spazio per l'interpretazione filosofica. In seguito all'individuazione dei fattori clinicamente salienti ripetutamente osservati in soggetti diversi, aveva origine la proposta di diagnosi e descrizione del caso tipico

(Folie circulaire di Falret, Catatonia di Kahlbaum, Sindrome di Briquet, neurastenia di Beard, Psicastenia di Janet, Psicosi Cicloide di Kleist, ecc.). Questo approccio prevedeva la creazione di un prototipo e solo successivamente una sistematizzazione (rapporti tra i prototipi). Secondo questo procedimento vengono evidenziate quelle caratteristiche del paziente che richiamano alla mente un possibile caso clinico e permettono al clinico di formulare una ipotesi diagnostica. In seguito un'indagine semeiotica intesa ad esplorare l'ipotesi è in grado di rafforzare l'ipotesi diagnostica, proseguendo nello stesso senso fino al raggiungimento di una diagnosi di accettabile probabilità.

Le problematiche insite in questo processo sono la non universale accettazione dei prototipi e il rischio opposto di eccessiva staticità data dalle ridotte possibilità di falsificare e disconfermare il primitivo orientamento diagnostico.

Per quanto concerne il primo punto, la posizione kraepeliniana⁽⁵⁾ delle due psicosi è sempre stata oggetto di controversia, sia da parte dei sostenitori della "terza psicosi", sia da parte di sostenitori della psicosi unica. Per quanto riguarda riproducibilità e possibilità di disconferma, il procedimento per prototipi ha invece portato ad una reazione oggettificante (le diagnosi operazionali) che affronteremo in seguito.

Con il tempo, in definitiva, sono divenuti sempre più evidenti i limiti e le difficoltà legate all'atteggiamento nei confronti della diagnosi. L'influsso fenomenologico che ha permeato la psichiatria del '900 si è reso subito conto della difficoltà di circoscrivere il fatto psichiatrico (emozione, sintomo, pensiero o comportamento che fosse) nell'arida descrizione del naturalista.

Infatti un atteggiamento diagnostico prevalentemente orientato al "comprendere" in cui il fatto psichiatrico (e conse-

guentemente la diagnosi) si fonda sulla capacità di immedesimazione e di *Einfühlung* pone le proprie basi sull'incontro e soprattutto sulla 'irriproducibilità' della relazione e di conseguenza del risultato. La diagnosi ovvero l'insieme presentato come oggetto di studio non può certamente essere definito dalla semplice 'sommazione' delle caratteristiche descritte in quanto il contesto e l'osservatore stesso modificano quanto osservato.

Nasce quindi la contrapposizione tra le due posizioni, quella dell'*erklären* (spiegare) e quella del *verstehen* (comprendere). La prima accetta le posizioni delle scienze empiriche e il loro implicito riduzionismo, per cui l'insieme è costituito dalla somma delle parti, le caratteristiche dell'oggetto sono abbastanza stabili anche nel variare delle condizioni, la riproducibilità dell'osservazione e requisito essenziale del dato di scienza. Secondo la seconda posizione l'insieme è superiore alla somma delle parti, l'osservatore modifica osservato, la ricchezza e l'irriproducibilità del rapporto io-te-qui-e-ora rendono inutile, pericolosamente riduttivo e "inautentico" ogni tentativo di oggettivazione. Questa interpretazione nega di fatto la possibilità della psichiatria di inserirsi tra le scienze mediche, o più generalmente della natura, proponendone invece un'antropologia specifica, caratterizzata da metodi suoi propri. Di conseguenza l'uso della diagnosi (almeno di diagnosi inserite in un corpo tassonomico concluso) viene fortemente contestato. L'estremizzazione di questa posizione ha portato al rifiuto delle diagnosi come etichette oggettificanti, tali da allontanare contatto umano e in ultima analisi funzionali solo alla preservazione del potere dello psichiatra.

L'attacco alle diagnosi resta, da allora, la costante della contestazione della psichiatria, da ogni parte tale contestazione derivi.

Una categoria è costituita da un insieme di individui che condividono alcune caratteristiche. In principio ogni categoria è legittima: i biondi, gli scoiattoli, i pescatori, i tifosi della Sampdoria, ecc. In questo senso si individuano dei gruppi che condividono qualcosa e si permette di comunicare in via economica: è più comodo dire gli "abitanti di Aosta" che elencarne tutti i cittadini.

Non tutte le categorie però sono ugualmente utili. In prima approssimazione si può dire che una categoria è tanto più utile quanto più caratteristiche gli oggetti che fanno parte di quella categoria condividono (oltre, ovviamente, alle caratteristiche che sono servite per includerli).

Ovviamente una categoria non è di nessuna utilità se i membri che ne fanno parte non condividono altro che i criteri usati per includerli nella categoria stessa (per citare l'esempio di Musil ⁽⁶⁾, una categoria "oggetti a 4 zampe", includente cani sedie ed equazioni di quarto grado è assolutamente inutile, proprio perché tali oggetti non hanno in comune nulla se non l'aver 4 zampe). Se però gli individui che la compongono condividono anche altre caratteristiche, oltre a quelle usate per formare la categoria ("per esempio i mammiferi"), la categoria comincia ad avere la possibilità di divenire uno strumento di fondamentale importanza.

Sapere che un animale appartiene alla categoria dei mammiferi avrà come risultato il far conoscere una serie di altre caratteristiche implicite nell'appartenenza alla classe dei mammiferi. Nel vedere un animale che allatta il piccolo, avrò senza bisogno di farne esperienza diretta, una serie di informazioni ovvero che quella femmina ha un utero, è placentata, è a sangue caldo, ha una spina dorsale, e così via. Lo stesso ragionamento è trasferibile in toto alla diagnosi. Il ritrovamento casuale di un foglio di laboratorio che attesta valori glicemici di uno sconosciuto a livelli alti

permette di conoscere, almeno a livello probabilistico, una molteplicità di informazioni su questo soggetto, basandosi semplicemente sull'inclusione nella categoria diagnostica di diabete mellito. A partire dagli organi e apparati verosimilmente coinvolti dalle complicità della malattia o disfunzionali (eventuali neuropatia, nefropatia, retinopatia, disturbi vascolari, ecc.) fino a indicazioni circa le abitudini del soggetto (per esempio abitudini alimentari e sessuali), aspettativa di vita, farmaci assunti, ecc. Il ritrovamento di un numero che permette di includere l'individuo a cui si riferisce nella categoria dei diabetici, consente di applicare all'individuo tutte le conoscenze che sono state fatte su tutti i diabetici prima di lui.

La diagnosi (la classificazione più in generale), quindi, permette di conoscere (almeno in termini probabilistici) prima di osservare. Le osservazioni fatte prima, e da altri (di qui il valore della riproducibilità), vengono utilizzate ora, da un'altra persona e su un caso nuovo. Si tratta in ultima analisi dell'elemento principale della cultura, della possibilità di trasmettere le esperienze senza dover ogni volta ricominciare da capo.

Ne deriva che ciò che ci interessa nelle classificazioni è quanto gli individui hanno in comune, non ciò che li differenzia.

Usufruendo di una estrema economicità dell'informazione, diviene dunque possibile, attribuendo all'individuo delle caratteristiche del gruppo, conoscere prima di osservare e avere la possibilità di previsione (fondamentale per la diagnosi, la prognosi e l'intervento).

Il processo diagnostico attua dunque necessariamente un riduttivismo che nei termini sopra descritti si rivela estremamente funzionale.

Le tassonomie sono inerentemente riduttive: esse non servono a descrivere

l'individuo, bensì ad esplicitare quanto questo ha in comune con gli altri.

È opportuno ribadire che nelle classificazioni categoriali viene preso in considerazione:

- 1) ciò che gli individui hanno in comune;
- 2) i fenomeni osservabili da osservatori diversi;
- 3) i fenomeni che si ripetono.

Come detto, ovviamente una categoria è utile in quanto gli individui che la compongono sono omogenei non solo per i criteri che sono usati per far parte della categoria, ma anche e soprattutto per variabili diverse dagli elementi che servono per l'inclusione. In altre parole, tante più cose hanno in comune gli individui al di fuori dei criteri diagnostici, tanto più utile sarà il valore della diagnosi.

A questo punto è opportuno prendere in esame quali elementi comuni sono realmente utili: la vera domanda però è "utili per che cosa?". Questo è un nodo cruciale, per cui ogni classificazione è funzionale all'utilizzatore: per il navigatore la classificazione dei tramonti dovrà tenere conto della posizione del sole e della data, ma per il pittore i tramonti avranno senso per i colori del cielo e le nuvole. Analogamente, una classificazione del paziente psichiatrico che tiene conto delle risposte ai farmaci precedentemente assunti sarà utile per lo psicofarmacologo clinico, ma sarà di scarsa utilità per lo psicoanalista, così come il contrario avverrà per una classificazione basata sui conflitti.

Ecco che quindi appare evidente come i criteri scelti per classificare non siano assolutamente neutri, bensì pre-scelti in base all'intervento che è stato già programmato. Ecco che appare l'elemento della scelta a priori, della definizione dell'utilità in base all'intervento già programmato. È quello che Menninger⁽⁷⁾ ha inteso definendo la diagnosi una "prescrizione mascherata".

In realtà questi aspetti sono più complessi e dovrebbero prendere in esame il problema delle classificazioni naturali, ma ai fini delle classificazioni psichiatriche si può evitare di considerare dettagliatamente questa parte.

Il criterio della descrizione riproducibile è valido in questa ottica e generalmente proprio in medicina funziona bene nei casi di estrema invarianza.

Il riduttivismo è molto funzionale ai fini di un intervento che è predefinito (ad esempio per il dentista la diagnosi di carie è condizione necessaria e pressoché sufficiente per un intervento esaustivo. Altre informazioni, come il livello di istruzione, le abitudini sessuali, l'adattamento al lavoro, la presenza di insonnia, la sussistenza di un abuso nell'infanzia, che pure sono informazioni essenziali per lo psichiatra, sono superflue. Una volta individuato il foro si interviene comunque con una otturazione).

Nella diagnosi risulta dunque già implicita la successiva decisione riguardo l'intervento terapeutico.

Le diagnosi operazionali

I cambiamenti storici, l'introduzione delle psicofarmacoterapie, il cambiamento delle casistiche degli psichiatri, con il passaggio dal paziente istituzionalizzato al paziente ambulatoriale, inducono la necessità di darsi uno statuto più aderente alle richieste dell'empirismo scientifico. In questa ottica la posizione del "comprendere" e della irriproducibilità dell'incontro perde competitività e si afferma la necessità di adottare un linguaggio comune.

Negli anni '70 lo studio UK-US⁽⁸⁾ mette in evidenza l'estrema variabilità della diagnosi psichiatrica in contesti culturalmente diversi.

Al 'comprendere' si contrappone un modello diagnostico orientato 'al descrivere'. È fondamentale rispondere al bi-

sogno di ridurre la varianza di criterio e fornire invece criteri tali da permettere la riproducibilità.

Nascono quindi i criteri operazionali che porteranno nel 1980 alla pubblicazione del DSM-III⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾ e alla sue successive modifiche fino ai sistemi classificativi attuali.

A questo punto l'inquadramento diagnostico descrittivo evidenzia caratteristiche sufficientemente stabili anche nel mutare dei contesti. L'insieme viene descritto come esattamente costituito dalla somma delle parti. L'enfasi sulla riproducibilità porta ad un inquadramento diagnostico che utilizza criteri operazionali ed è il risultato di interviste diagnostiche strutturate. Alle scale di valutazione è affidata una valutazione qualitativa e quantitativa della psicopatologia, della risposta alla terapia.

Per ogni clinico infatti l'inquadramento dei disturbi entro determinate categorie in grado di definire ciò che viene chiamata diagnosi è un procedimento di estrema utilità ai fini del proprio esercizio.

Il problema è che con le diagnosi operazionali i punti salienti negativi della nosografia psichiatrica continuano a sussistere.

Il problema dell'assenza di indicatori specifici fa sì che i punti di aggregazione scelti dai DSM continuino ad essere puramente arbitrari. In sostanza mentre in termini di riproducibilità (reliability) i criteri operazionali rappresentano una risposta sicuramente migliorativa rispetto alle nosografie pre-DSM III, per gran parte delle categorie non è stato possibile evidenziare alcuna rilevante omogeneità al di fuori dei criteri utilizzati per definire le categorie, né tantomeno è possibile dimostrare una sufficiente correlazione tra diagnosi e intervento terapeutico.

Nelle attuali classificazioni psichiatriche gli individui appartenenti alla stessa

categoria diagnostica condividono ben poco, oltre ai criteri usati per fare diagnosi.

Le diagnosi psichiatriche cui siamo arrivati con le premesse sopra descritte appaiono dunque essere poco utili e talvolta rischiose. Infatti, non sono in grado di offrire ulteriori informazioni oltre a quelle già note ed a volte arbitrariamente utilizzate per la loro formulazione.

La causa di questo ‘errore’ certamente può risiedere in 2 problemi peculiari della psichiatria: la scelta dei punti di aggregazione; il rilevamento degli indicatori di malattia, sia dal punto di vista del “quali” che dal punto di vista del “come”.

La scelta dei punti di aggregazione

Nel processo morboso psichiatrico difficilmente sono distinguibili segni e sintomi ‘primari’ ovvero indicatori che occorrono come diretta conseguenza della malattia (quali ad esempio nel già citato caso di infarto miocardico acuto sono le alterazioni elettrocardiografiche ed enzimatiche) da sintomi e segni ‘secondari’ ovvero legati alla risposta soggettiva (sempre in corso di infarto: agitazione, pallore, sudorazione, ecc.) influenzate dai vissuti soggettivi e con un valore comunicativo per cui di conseguenza risentono della risposta dell’ambiente.

Viene a mancare dunque in psichiatria l’individuazione di una correlazione diretta tra rapporto causale ed estrinsecazione sindromica.

Inoltre, abbiamo visto come in una classificazione categoriale gli individui avranno maggiori possibilità di condividere omogeneità per variabili diverse da quelle utilizzate per includerli qualora siano compresi in una categoria naturale, dunque il raggruppamento diagnostico dovrebbe rispettare questo principio. Una tassonomia ha tanto maggiori possibilità di approssimare una classificazione naturale quanto più i principi classificativi cui si ispira cor-

rispondono ai fattori organizzativi naturali (per esempio Linneo e Darwin).

La scelta della gerarchia dei principi organizzativi dovrebbe approssimare gli organizzatori naturali. In psichiatria questa distinzione non è attualmente possibile.

La distinzione secondo punti di aggregazione naturali (i descrittori diretti del processo morboso) è pertanto arbitraria e le classificazioni sono state organizzate intorno a criteri puramente intuitivi ed ipotetici. Il DSM III (i cui principi organizzatori permangono fino al DSM IV) ha scelto: 1) di essere ateoretico; 2) di essere neokraepeliniano; 3) di abolire i sistemi gerarchici indicati da Jaspers ⁽¹¹⁾. Tutti e 3 questi punti possono essere discutibili.

Per quanto riguarda il primo punto, la possibilità di fare una classificazione realmente ateoretica è una chimera, che nei fatti si risolve in un eclettismo unicamente frutto del compromesso. Di fatto, nel DSM IV ⁽¹²⁾ ⁽¹³⁾, le scelte di campo sono presenti e ben evidenziabili: la classificazione categoriale, la divisione tra asse I e asse II, l’abolizione delle nevrosi. Il problema consiste nel fatto che non hanno una giustificazione né sotto il profilo di scelta di modello, né sulla scorta di evidenze empiriche (né tantomeno, con una evidenza valutabile a posteriori, sulla base della utilità operativa). Di fatto una classificazione che non pone le proprie fondamenta su un modello teorico è una classificazione molto fragile, inadeguata ad inserire nel suo ambito elementi nuovi (e infatti il DSM deve essere rifatto – non riaggiornato – ogni pochi anni). Appare ovvio come la scelta del modello costituisca una sorta di scommessa (così come di fatto è una scommessa qualsiasi ipotesi scientifica), ma solamente una puntata vincente è in grado di garantire una reale utilità ed evolutività al settore. Nell’esempio precedentemente citato degli oggetti a 4 zampe, se lo zoologo di Musil avesse prima ipotizzato di fare una distinzione tra oggetti inanimati e oggetti anima-

ti, la categoria delle 4 zampe sarebbe stata meno astrusa.

Il neokraepelinismo propugnato dal DSM III è vero solo nella negazione della terza psicosi. Ciò che fundamentalmente viene a mancare è la visione longitudinale (il decorso) che aveva permesso a Kraepelin di distinguere la demenza precoce dalla schizofrenia. In assenza di questa dimensione e in mancanza di marker le categorie appaiono costituite esclusivamente sulla base della sintomatologia presente trasversalmente.

La omogeneità prevista, dunque, è quella che sarebbe possibile ottenere in medicina interna mediante l'utilizzo di categorie quali 'disturbi addominali', 'sindrome generale', 'disturbi della minzione', ecc.

La scelta di abolire le gerarchie proposte da Jaspers (applicata timidamente nel DSM III, in misura decisa nel DSM IV) è probabilmente giustificata. Il problema consiste nel mantenimento dell'impostazione nosografica pre DSM III facendo a meno dell'ottica longitudinale e delle gerarchie. Tutti i raggruppamenti sono sullo stesso piano, senza una strutturazione e senza un'organizzazione reciproche. Siamo di nuovo negli oggetti a 4 zampe. Prendendo in considerazione il caso delle fobie, nella classificazione originale ⁽¹⁴⁾ il

procedimento era il seguente:

passo 1: malato-sano → malato

passo 2: psicotico-nevrotico
→nevrotico

passo 3: presenza di fobia? →sì

passo 4: tipo di fobia (semplice, sociale, agorafobia).

Nel DSM IV abbiamo i criteri di fobia non preceduti dalle altre scelte. In questo caso la definizione di fobia senza la predefinizione di fobia patologica apre il campo a spazi di competenza enormi. Qual è il limite tra disturbo di ansia sociale e timidezza? In mancanza di definizione lo

spostamento della soglia per un verso presta il fianco a difformità di interpretazione (la prevalenza lifetime del disturbo di ansia sociale varia dall'1% al 19% nelle indagini di comunità), dall'altro rischia di divenire funzionale ad interventi volti ad operazioni di ampliamento del mercato piuttosto che di definizione della patologia.

Nelle successive evoluzioni dei sistemi diagnostici psichiatrici (DSM III → DSM III-R → DSM IV), le categorie diagnostiche sono risultate via via suddivise in entità sempre più frazionate.

Tanto che la comorbidity (si usa il termini originario inglese per indicare il soddisfacimento dei criteri per la diagnosi di almeno due disturbi secondo un sistema classificativo operativo, di solito DSM III-R o DSM IV, perché in italiano sia "comorbidity" che "comorbilità" indicano concetti diversi) rappresenta la norma nosografica psichiatrica e tutti gli studi, sia clinici che epidemiologici che hanno usato criteri diagnostici operazionali (DSM III, DSM III-R, DSM IV) sono concordi nel rilevare che la probabilità di soddisfare i criteri per più di una diagnosi è largamente superiore a quella di avere una sola diagnosi ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁶⁾.

Probabilmente, lo studio sistematico dei pattern di comorbidity potrebbe rappresentare un'opportunità di evoluzione. Infatti, partendo dai raggruppamenti sindromici esistenti lo studio sistematico effettuato prendendo in esame le associazioni naturali delle diagnosi potrebbe rappresentare un tentativo in grado di permettere di 'trovare sul campo' aggregazioni sindromiche più efficaci e naturali. Ad esempio il reperto che i soggetti con diagnosi di panico e bulimia siano diversi sotto diversi aspetti (decorso, temperamento, carico familiare, risposta ai trattamenti o altro) da coloro che oltre al panico presentano anche sintomi ossessivi potrebbe portare alla creazione di gruppi ridefiniti in maniera più utile.

Gli indicatori della malattia: quali e come

Un altro problema essenziale della psichiatria è quello della individuazione e della raccolta degli indicatori della malattia (i sintomi per i più, i vissuti per altri, i comportamenti per altri ancora). Come accennato in precedenza, gli psichiatri hanno a lungo dibattuto il problema, con la contrapposizione delle posizioni del ‘comprendere’ e dello ‘spiegare’. Per la prima i vissuti si possono solamente comprendere, la comunicazione può avvenire solo empaticamente, a domande si ottengono solo risposte. L’oggetto nucleare della psichiatria è l’Erlebnis (Husserl ⁽¹⁷⁾ definisce il concetto fenomenologico di Erlebnis, ovvero di “vissuto”, distinguendolo dall’equivoca espressione di “esperienza vissuta” in quanto atto connotato dall’“intenzionalità”: tale caratteristica permette al vissuto di essere “coscienza di” qualcosa) raccolto per Einfühlung (è l’atto di “entrare nello stato mentale dell’altra persona”) ⁽¹⁸⁾ e in analisi “è un modo di percepire lo stato mentale dell’analizzando” ⁽¹⁸⁾.

Per i seguaci della spiegazione, gli oggetti nucleari (atomici) della psichiatria sono i sintomi, che possono essere osservati e che mantengono le loro peculiarità indipendentemente dal contesto e dalla situazione. Essi si oppongono, giustamente, al tanto spesso citato principio di indeterminazione di Karl Heisenberg ⁽¹⁹⁾ ⁽²⁰⁾, secondo cui non è possibile ottenere alcuna informazione senza tenere conto dell’influenza di chi sta raccogliendo l’informazione dato che ‘l’osservatore modifica l’osservato’.

Il buon senso ci dice che seppur tale principio possa essere considerato generalizzabile, esistono dei campi di intervento in cui il peso dell’osservatore può essere considerato trascurabile. Indubbiamente, ad esempio, chiunque si accinga alla misurazione della temperatura di un luogo, entrando in una stanza ne modificherà la temperatura. È comunque altrettanto vero

che l’ingresso di un singolo nel Palazzo dello Sport influenzerà con la propria temperatura corporea la temperatura ambientale in modo del tutto trascurabile. Allo stesso modo, nella maggior parte dei casi, il depresso o il delirante tendono a riprodurre la loro sintomatologia anche in ambiti e contesti diversi.

Come reazione all’eccesso di intellettualismo degli psichiatri europei, il pragmatismo americano ha ovviamente optato per la seconda posizione, dando enfasi e rilievo alla riproducibilità e all’oggettività dei fenomeni. Da questo nasce però il problema opposto: l’aver scelto gli indicatori a livello di descrizione con una modalità che tende ad appiattare e ‘banalizzare’, ed in ultima analisi a perdere la validità del dato psichiatrico. Se da una parte la valutazione dell’essere-nel-mondo-qui-e-ora della protenzio del melanconico non ha condotto a grandi evoluzioni nell’intervento, all’opposto la registrazione della risposta alla domanda “lei è depresso per niente, un po’ o molto?” non sembra assolutamente offrire grandi garanzie di validità.

La necessità di riproducibilità sembra aver postulato la possibilità di un assessment completamente ateoretico e ‘oggettivo’. Questo postulato sembra riflettere una sorta di empirismo naive che implica una teoria della conoscenza meramente sensoriale nella quale l’osservatore è figurato come una ‘tabula rasa’ che riceve e registra gli input esterni. Il contrasto tra questa concezione e i punti di vista della moderna epistemologia e psicologia appare particolarmente evidente.

Uno scienziato non compie semplicemente l’azione di ‘vedere’ quanto piuttosto quella di ‘vedere che’ ⁽²¹⁾, in accordo con il fatto che la percezione è invariabilmente influenzata dall’esperienza, dalla cultura e dalle aspettative dell’osservatore.

In altre parole non è possibile vedere se non si conosce cosa vedere.

Questo implica che la precognizione rappresenta un indispensabile attributo di qualsiasi osservazione. In termini clinici significa che determinati segni possono essere scoperti solo se conosciuti e dunque (theoretical training) sospettati e cercati (interviewing skill).

Tra i due estremi di un ascolto centrato esclusivamente sul proprio movimento emotivo e la mera acritica registrazione di risposte a domande standard, il compito di uno psichiatra dovrebbe risiedere nel suo ruolo di ricerca di nuclei psicopatologici più profondi della mera superficialità della risposta. Come si mette in luce un delirio che è sospettato ma non manifestato apertamente? Nella pratica clinica il fenomeno sospettato va inseguito, e talvolta sedotto, circuito, 'stanato'. Lo psichiatra è infatti 'il cacciatore' dei fenomeni psicopatologici: li deve annusare, deve riconoscerne le tracce, deve essere esperto conoscitore delle cangianti forme di cui 'si riveste' il segno della psicopatologia.

Non può limitarsi a sparare alla preda se questa incrocia il suo cammino.

Per potere riconoscere si deve appunto ri-conoscere, cioè ritrovare qualcosa che già ci appartiene. Si deve già avere chiara la forma da individuare e saperla ritrovare anche nei suoi travestimenti e nelle sue mimetizzazioni. La psichiatria delle domande scritte e delle interviste strutturate è un po' come una ricerca di funghi intrapresa conoscendo solo la foto di un fungo. In ogni settore è palese che la capacità di vedere di chi sa che cosa vedere è straordinariamente e incredibilmente superiore alla mera osservazione dell'inesperto.

Ad uno degli scriventi è capitato di assistere ad un incontro di schermo accanto ad un familiare che era stato uno schermidore di valore: laddove lo psichiatra non vedeva che un confuso arruffio, l'esperto era in grado di ricostruire tutte le posizioni e i movimenti dei due schermidori durante l'intera stoccata.

Allo stesso modo il navigante riesce a percepire segni di cambiamento del tempo che gli altri non notano, il meccanico individua un rumore anomalo che il guidatore non percepisce, ed innumerevoli sono gli esempi di questo tipo.

Inoltre nei casi (tutt'altro che infrequenti in psichiatria) in cui la patologia dei pazienti influisca sul giudizio di realtà (psicosi o demenze), oppure in cui è possibile che il paziente non dica la verità (tossicodipendenze) oppure semplicemente non sia conscio del proprio problema (determinate fobie per esempio) non è possibile fare una valutazione semplicemente attraverso l'acquisizione di risposte⁽²²⁾.

Perché tutto questo non deve essere vero nella psichiatria? Per il falso mito della reliability si è rinunciato al possesso non solo di tecniche specifiche, ma soprattutto al rilevamento di fattori significativi per il campo di studio prescelto. È come se, nell'impossibilità di avere interpretazioni del tutto univoche, i neurochirurghi sostituissero la risonanza magnetica con la valutazione dei colore dei capelli. D'altra parte se, come accade nella psichiatria nordamericana, anamnesi, diagnosi e valutazione sono compito di psicologi, infermieri e assistenti sociali (attraverso interviste completamente strutturate e scale di valutazione) e l'intervento dello psichiatra arriva solo successivamente e sulla base dei dati così raccolti, il paragone non è solo una boutade.

In ultima analisi, il fenomeno (sintomo, vissuto, comportamento, emozione, ecc.) psichiatrico ridotto alla risposta ad una domanda standardizzata non è solo clamorosamente riduttivo, ma ha soprattutto grande probabilità di aver perso la validità. Allora un sistema nosografico fondato su indicatori verosimilmente privi di sufficiente finezza e dettaglio viene a perdere gran parte della credibilità (si potrebbe parlare di Psichiatria McDonald, per indicare

l'analogia del rapporto reliability-validity con quella tra fast food e buona cucina).

In conclusione, nella disputa tra *erklären* (= spiegare) e *verstehen* (= comprendere), si è trascurato proprio il livello iniziale, che potremmo definire "beschreiben" (= descrivere).

L'uso dei criteri diagnostici standardizzati

Nonostante i molti difetti concettuali impietosamente criticati in precedenza, DSM III e successivi hanno dei punti a favore anche al di fuori della reliability.

Il problema è che l'utilizzazione che viene fatta di questi sistemi è assolutamente acritica e incongrua. Non ci si stancherà mai di ripetere che il DSM IV è una proposta di raggruppamento dei disturbi psichiatrici e che le diagnosi non sono malattie. La "nosologizzazione prematura", il considerare un raggruppamento diagnostico come espressione di una omogeneità anche etiopatogenetica è uno degli ostacoli maggiori al progresso della ricerca psichiatrica.

Appare ormai evidente sotto diversi profili che non esiste alcuna corrispondenza tra diagnosi ed endofenotipo, per cui il riuscire a trovare un elemento causativo dell'ambito di un raggruppamento diagnostico sembra quasi una chimera. Laddove elementi di significato etiopatogenetico sono stati individuati (dalla familiarità alla attivazione dell'amigdala, dai life events al test di soppressione al desametasone) in psichiatria, essi hanno un'evidente trasversalità transnosografica. D'altra parte il considerare quello che il DSM IV permette ed incoraggia, cioè di suddividere i pazienti in base alla comorbidità (come abbiamo visto in precedenza), è pratica del tutto inconsueta.

Altro erroneo uso del DSM IV è quello di considerare i criteri diagnostici come descrittori della sintomatologia. I criteri diagnostici servono a

differenziare i disturbi gli uni dagli altri, non a farne una caratterizzazione. Nei criteri deve essere rappresentato ciò che distingue, mentre ciò che accomuna può essere tralasciato in quanto non essenziale per la diagnosi differenziale, che in ultima analisi è l'obiettivo vero di un sistema diagnostico. Dunque, mentre nella diagnosi per prototipi l'enfasi è posta sul 'centro' del disturbo, mentre i confini sono per definizione sfumati, i criteri operazionali devono privilegiare i confini (figura 1).

Ad esempio nel caso di un episodio depressivo, un sintomo estremamente importante per la descrizione, come il ridotto desiderio sessuale, non rientra nei criteri in quanto non rappresenta un elemento utile alla discriminazione in quanto presente in molte altre situazioni patologiche.

Infine appare evidente l'opportunità di considerare i problemi dell'applicazione delle diagnosi operazionali.

I rischi dell'applicazione delle diagnosi operazionali sono oggetto di approfondimento di altri lavori in questo volume, per cui non approfondiremo ulteriormente, se non per ribadire ancora una volta il rischio di sovrapposizione tra validity e reliability, quello della reificazione della diagnosi, quello dell'errore di Procuste, che fa riferimento alla distorsione che risulta dal forzoso tentativo di adattamento

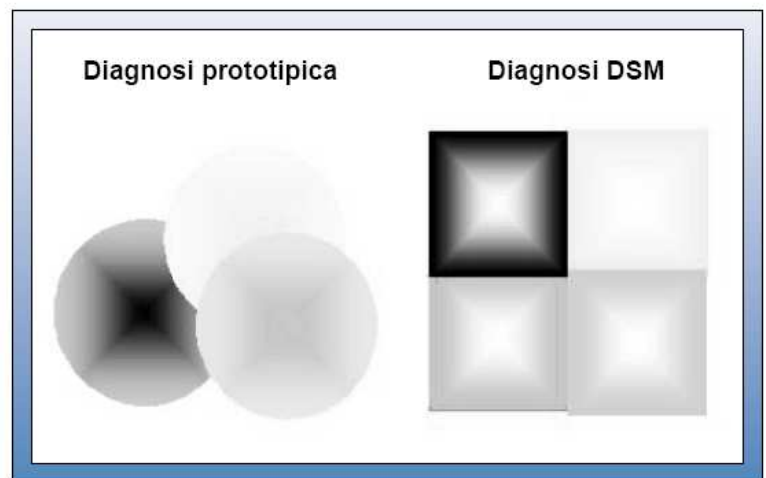


Figura 1. Modelli di diagnosi.

della realtà alla teoria.

Il risultato finale appare essere il disaccoppiamento tra diagnosi e utilità clinica.

La valutazione

Come abbiamo visto, la scoperta degli psicofarmaci ha comportato la necessità dell' 'anima più medica' della psichiatria di evolvere verso la scienza empirica e dunque di creare strumenti dedicati alla valutazione quantitativa della psicopatologia.

Anche se alcune scale di valutazione o rating scales (RS) erano state create anche prima di quel periodo, è stato alla fine degli anni '50 e l'inizio degli anni '60 che esse iniziarono a riscuotere considerazione. Da allora le RS sono divenute parte integrante del processo di ricerca in psichiatria.

Inizialmente utilizzate per i trial farmacologici ben presto divennero la regola in tutti i protocolli di ricerca.

Il loro uso ha permesso un considerevole miglioramento della reliability e della riproducibilità della ricerca psichiatrica alla base di quel processo oggi chiamato evidence based psychiatry.

D'altra parte la reificazione dei risultati scaturiti dall'utilizzo delle RS, il loro stesso uso improprio al fine di promuovere e giustificare risultati artefatti rendono la valutazione dell'utilizzo delle RS un argomento complesso e oggetto di controversie.

Tipicamente una RS scompone un fenomeno complesso come una sindrome nei suoi attributi considerati singolarmente ovvero i sintomi. È necessario considerare che già a questo livello viene fatta l'assunzione che corrisponde ad una scelta ben precisa dal punto di vista filosofico-concettuale ovvero che il tutto è formato dalla somma delle sue parti. Per ciascun sintomo (che in questo contesto prende il nome di item), viene stabilito un gradiente di severità fissato in conseguenza della de-

finizione di comportamenti tipici e posto in ordine di gravità. I numeri corrispondono al grado di severità. In altre parole, se al sintomo S è attribuito 4 nel paziente A e 2 nel paziente B, ciò significa che S è più grave in A che in B.

Fino a qui questo tipo di assunto è in larga misura accettabile, dato che grosso modo è mantenuta una certa corrispondenza tra numeri e fatto empirico.

Questo processo che cerca di 'mappare' fenomeni complessi di fatto ha senso almeno fino a che è conservata una corrispondenza tra eventi clinici osservabili e numeri. In tal modo clinici differenti rispetto a quello che ha completato la scala possono, prendendone visione, avere un'idea abbastanza precisa del paziente che è stato valutato.

Ciò che caratterizza i sistemi di misurazione evoluti (per esempio misure fisiche) è però il fatto che i risultati dei calcoli e delle operazioni condotti sui numeri corrispondono a paralleli cambiamenti nei fenomeni naturali. Nelle RS psichiatriche al contrario le operazioni fatte sui numeri non mantengono aderenza all'evento empirico descritto (il quadro clinico).

Il caso del punteggio totale di una RS è paradigmatico.

Prima di tutto la logica di sommare i punteggi dei singoli item tra di loro a formare un unico numero non è molto chiara. Se i vari sintomi costituiscono un fenomeno lineare (fatto che giustifica l'uso di un singolo numero al fine di descriverne la gravità) la sua scissione in varie parti non ha senso. La misurazione di un fenomeno ha senso in funzione del suo utilizzo: del fuoco interesserà la temperatura a chi accende il camino, la composizione dei fumi al chimico, l'estensione dell'incendio ai pompieri: non si vede l'utilità di sommare temperatura, colore e altezza delle fiamme in un unico numero.

Se si presume che quanto deve essere misurato sia un fenomeno eterogeneo,

allora l'atto di sommare tra loro i singoli attributi contrasta con i principi base della logica. Sarebbe come se un cartografo rappresentasse un territorio con il numero risultante dalla somma del numero degli abitanti della lunghezza dei fiumi e della produzione di carbone.

L'inconveniente di base è che lo stesso punteggio ad una RS (per es. la Hamilton Rating scale for Depression ⁽²³⁾) ↓ potrebbe essere il risultato di un numero estremamente limitato di sintomi base (per es.: paziente depresso gravemente rallentato), oppure di un numero maggiore di lievi sintomi di minore gravità (per es. soggetto affetto da una forma lieve con molti sintomi ed un atteggiamento lamentoso). Appare evidente come sia scomparsa la corrispondenza biunivoca tra numeri e realtà clinica. Nella routine di ricerca soprattutto per quanto riguarda le sindromi depressive, l'uso dei punteggi totali per dare una quantificazione ad una eventuale risposta clinica rivela ormai grave divario tra l'assessment scientifico e l'osservazione clinica (così come del buon senso comune).

Infatti proprio prendendo in considerazione i sintomi depressivi la consuetudine convenzionale di prendere in considerazione il 50% della riduzione del punteggio totale di una RS come misura di risposta ad un determinato trattamento rappresenta forse la più grave inesattezza di valutazione in psichiatria.

Innanzitutto un paziente depresso si attende una completa scomparsa del proprio disagio e il permanere di metà della sintomatologia rappresenta almeno un fallimento terapeutico. Comunque, al di là della delusione del paziente, se si prende in considerazione questo risultato in una scala come la Hamilton Rating Scale for Depression in cui i core symptoms rappresentano solo una frazione del punteggio totale ⁽²⁴⁾ la riduzione del punteggio può essere dovuta a cambiamenti di natura completa-

mente differente. Il dato può rappresentare il risultato della scomparsa dei tipici sintomi depressivi (umore, anedonia, colpa, ideazione suicidiaria, rallentamento psicomotorio) e quindi corrispondere ad un reale miglioramento sul piano clinico, ma potrebbe anche semplicemente descrivere una modificazione in sintomi accessori (ansia, insonnia, appetito, sintomi sessuali e somatici) che rappresentano ben poco sia per il paziente che per il clinico che l'ha in cura.

Inoltre alcuni effetti indesiderati dei farmaci quali sonnolenza e/o sedazione possono paradossalmente contribuire a diminuire il punteggio totale producendo un miglioramento del tutto artificiale che potrebbe venire utilizzato per dimostrare una maggiore rapidità di azione per farmaci antidepressivi che in realtà hanno sedazione tra i loro effetti collaterali.

L'utilizzo di questo parametro di risposta ha portato all'opinione comunemente accettata che "2/3 dei pazienti depressi 'risponde' agli antidepressivi", mentre in realtà 2/3 dei soggetti trattati con un solo farmaco per la durata di un trial clinico (4-6 settimane) mostra almeno una riduzione dei sintomi di almeno il 50%.

Tale affermazione è dunque falsa: la formulazione corretta è che "2/3 dei pazienti trattati in monoterapia (per lo più a dose fissa) per 4-6 settimane presenta almeno il 50% di riduzione dei punteggi alla scala di valutazione. Non è la stessa cosa. Per un verso il 50% di miglioramento non rappresenta (come precedentemente esposto) una risposta soddisfacente; d'altro canto, in caso di cattiva risposta, un paziente può usufruire di ulteriori possibilità, per mezzo di modificazione dei dosaggi, cambiamento dei trattamenti, terapie di augmentation, ecc.

Alla fine la proporzione di pazienti in grado di trarre beneficio dalla terapia con antidepressivi non è generalizzabile sulla base dei trial farmacologici.

Come sottolineano Fava et al. ⁽²⁵⁾ la ridondanza negli item di una scala di valutazione paradossalmente limita la capacità di individuare cambiamenti ⁽²⁶⁾. È interessante infatti sottolineare come metodologie di assessment estremamente semplici e ‘rozze’ quali scale di misurazione ‘globali’ (per es. la Clinical Global Impression, le Visual Analogue Scales, e la Social and Occupational Functioning Assessment Scale) risultino di solito più sensibili di scale completamente strutturate ed estremamente dettagliate pur conservando, comunque, approssimativamente analoghi livelli di reliability. In altre parole, chiedere ad un curante di dare un punteggio ad un paziente ‘da zero a dieci’ (o simili), senza alcun altro esplicito compito o indicazione è riproducibile tanto quanto l’utilizzo di strumenti che richiedono specifici training. Seguendo tali considerazioni vale la pena riflettere su quali possano essere in realtà gli elementi alla base della reliability: pedissequa istruzioni dettagliate o il contesto culturale ed esperienziale condiviso?

Recentemente, il criterio di ‘risposta’ è stato criticato proponendo il concetto di ‘remissione’. In realtà questo cambiamento non ha fatto altro che innalzare la soglia per la definizione di un outcome soddisfacente, senza mettere in dubbio in alcun modo il concetto di una malattia come ‘somma dei suoi sintomi’.

Il concetto di salute è ben più che assenza di sintomi. Una malattia è definita da: 1) la presenza di indicatori di malattia (sintomi), ma anche 2) dalla mancanza di indicatori di benessere (capacità, inserimento, desiderio, stimolo, entusiasmo, ecc.).

Diversi anni orsono, vedemmo che la scomparsa dei sintomi non accompagna-

ta da una completa ripresa dello stato di ‘benessere’ funzionale (familiare, sociale e lavorativo), corrispondente ad uno stato di “non più malato, ma nemmeno guarito” (neither well nor ill in inglese) rappresentava un forte predittore di ricaduta precoce nella depressione ⁽²⁷⁾.

Una considerazione finale riguarda l’effetto additivo implicito dei sintomi sottinteso dalle RS. Viene infatti dato come assunzione implicita che un sintomo abbia un significato ‘per sé’, indipendentemente dall’associazione con altri sintomi.

L’esperienza clinica quotidiana, invece, rivela senza ombra di dubbio che un dato sintomo può avere un significato in presenza di determinati sintomi ed una rilevanza completamente diversa qualora si presenti insieme ad altri.

Prendendo in considerazione, per esempio, il sintomo ‘ideazione suicidiaria’, può rappresentare un reale pericolo qualora sia associato a deliri di colpa e sentimenti di indegnità, mentre può essere considerato molto meno preoccupante in un contesto di atteggiamenti lamentosi esagerati ed istrionici.

In conclusione le scale di valutazione si basano su determinati presupposti teorici ancora da verificare:

- una malattia è la somma dei sintomi
- i sintomi sono rappresentabili da numeri associati a comportamenti specifici
- operazioni (somme sottrazioni ma anche operazioni logiche quali ad esempio confronti e paragoni ‘uguale o più grande di’) con questi numeri riflettono cambiamenti nella realtà clinica

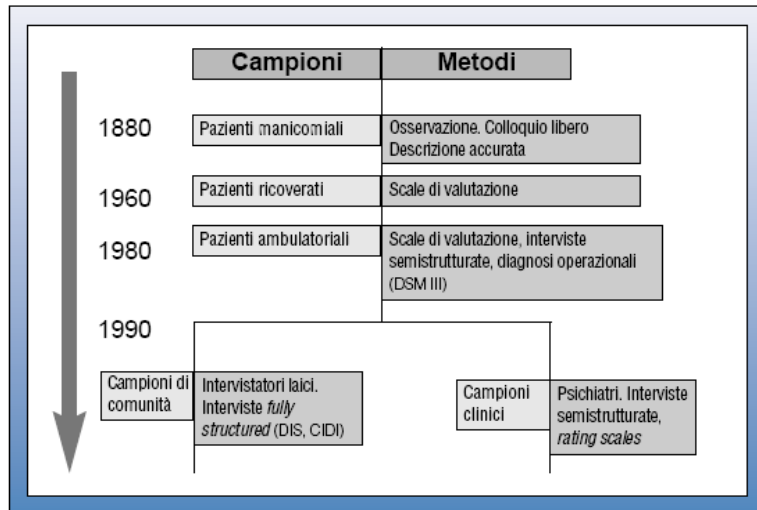


Figura 2. La conoscenza psichiatrica.

- la relazione tra i numeri prevede un semplice effetto di sommazione senza interazioni reciproche tra i sintomi.

Il problema non risiede in queste assunzioni bensì nella utilizzazione acritica di questi strumenti. L'errore risulta dal prendere in considerazione i risultati di una RS come se fossero dati reali, senza tenere conto dell'esistenza delle assunzioni di cui sopra. Di fatto le scale costituiscono una rappresentazione molto imperfetta della realtà e non soddisfano i requisiti richiesti dalla teoria della misurazione. Riprendendo concetti già espressi in precedenza, la necessità di riproducibilità sembra aver postulato la possibilità di un assessment completamente ateoretico e 'oggettivo'. Questo postulato sembra riflettere una sorta di empirismo ingenuo che implica una teoria della conoscenza meramente sensoriale nella quale l'osservatore è figurato come una 'tabula rasa' che riceve e registra gli input esterni.

Il contrasto tra questa concezione e i punti di vista della moderna epistemologia e psicologia appare particolarmente evidente: la percezione è invariabilmente influenzata dall'esperienza, dalla cultura e dalle aspettative dell'osservatore.

In altre parole non è possibile vedere se non si conosce cosa vedere.

Questo implica che la pre-cognizione rappresenta un indispensabile attributo di qualsiasi osservazione. In termini clinici significa che determinati segni possono essere scoperti solo se conosciuti e, dunque, sospettati e cercati.

Per molti decenni le osservazioni cliniche sono state pressoché irriproducibili (figura 2). La moderna psichiatria ha dunque indirizzato le proprie enfasi

sulla reliability. Sfortunatamente, ciò che è reliable e riproducibile viene anche considerato valid, con un assunto comprensibile solo richiamando alla mente l'oscurantismo medievale. Ricorda infatti la questione circa la forma (piatta o sferica) della terra del XV secolo. La reliability rappresenta un valore aggiunto di notevole importanza, ma non può rappresentare l'unico valore.

È nostra opinione che l'equivoco tra reliability e validity rappresenti oggi il principale rischio per la psichiatria. Il riduttivismo implicito nelle scale di valutazione, così come negli altri strumenti strutturati, è accettabile a patto che vi sia consapevolezza del contesto di applicazione legittima.

[CARLO FARAVELLI, SILVIA GORINI AMEDEI, Facoltà di Psicologia Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Firenze; in NOO5 – Aggiornamenti in Psichiatria, Vol. 14, n° 1, Gennaio-Aprile 2008; Il Pensiero Scientifico Editore.]

Bibliografia

- ¹) Kendell RE. The role of diagnosis in psychiatry. Oxford: Blackwell, 1975.
- ²) Fabrega H. The position of psychiatry in understanding human disease. Arch Gen Psychiat 1975; 32: 1500.
- ³) Faravelli C. Il modello di malattia e la diagnosi in psichiatria. Rassegna di studi Psichiatrici, vol LXIX, 1980.
- ⁴) Panzetta AF. Toward a scientific psychiatric nosology. Arch Gen Psychiat 1974; 30: 154.
- ⁵) Kraepelin E. Manic-depressive insanity and paranoia (translation of the 1913 German Edition by Barclay RM, edited by Robertson GM). Edinburgh: E & S Livingstone, 1921.
- ⁶) Musil R. Der mann ohne eigenschaften. 1930-1933.
- ⁷) Menninger K. The human mind. 1930.
- ⁸) Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. Measurement and classification of psychiatric symptoms. London: Cambridge University Press, 1974.
- ⁹) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association, 3rd ed. 1980.
- ¹⁰) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association, 3rd ed. revised, 1987.
- ¹¹) Jaspers K. Psicopatologia generale. 1913.
- ¹²) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association, 4th ed. 1994.
- ¹³) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association, 4th ed. revised, 2000.
- ¹⁴) Marks & Gelder. The classification of phobic disorders. Br J Psychiatry 1970; 116: 377-86.
- ¹⁵) Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 617-27.
- ¹⁶) Andrews G, Slade T, Issakidis C. Deconstructing current comorbidity: data from the Australian national survey of mental health and well-being. Br J Psychiatry 2002; 181: 306-14.
- ¹⁷) Husserl E. Die Philosophie als strenge Wissenschaft (la filosofia come scienza rigorosa), 1910.
- ¹⁸) Lichtenberg J. Psychoanalysis and infant research. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1983.
- (Trad. it. La psicoanalisi e l'osservazione del bambino. Roma: Astrolabio, 1988).
- ¹⁹) Heisenberg WK. Über den anschaulichen Inhalt der quantentheoretischen kinematik und mechanik. In: Zeitschrift für Physik 1927; 43.
- ²⁰) Heisenberg WK. Physics and philosophy. New York: Harper & Row, 1958.
- ²¹) Popper K. Logic der Vienna. Springer, 1934.
- ²²) Faravelli C. Assessment of psychopathology. Psychother Psychosom 2004; 73: 139-41.
- ²³) Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23: 56.
- ²⁴) Faravelli C, Albanesi G, Poli E. Assessment of depression: a comparison of rating scales. J Affect Disord 1986; 11: 245-53.
- ²⁵) Fava GA, Ruini C, Rafanelli C. Psychometric theory is an obstacle to the progress of clinical research. Psychother Psychosom 2004; 73: 145-8.
- ²⁶) Wright JG, Feinstein AR. A comparative contrast of clinimetric and psychometric methods for constructing indexes and rating scales. J Clin Epidemiol 1992; 45: 1201-18.
- ²⁷) Faravelli C, Ambonetti A, Pallanti S, Pazzagli A. Depressive relapses and incomplete recovery from index episode. Am J Psychiatry 1986; 143: 888-91.