

## diagnosi in psichiatria: esercizio accademico o procedura? (*Francesco Benincasa*)

---

Nonostante il PDM2 costituisca una straordinaria opportunità per un approccio diagnostico che descriva non solo i sintomi, ma anche la personalità, il funzionamento emotivo e quello sociale, è a mio avviso, uno strumento estremamente difficile da utilizzare. E' uno dispositivo che presuppone conoscenze approfondite di psichiatria psicomica, poco adatto al setting della Medicina Generale. Si tratta di conoscenze che esulano dal bagaglio culturale del MMG e che, francamente, non si potrebbero pretendere.

Tuttavia c'è un'altra faccia della medaglia: Il PDM2 è uno strumento complesso, ma attraverso la sua conoscenza, il MMG potrebbe prendere confidenza con la psicopatologia ed esercitare la diagnosi ad un buon livello. Ecco perché penso sarebbe un'ottima fonte di conoscenza per coloro che fossero particolarmente interessati o attratti dalla materia.

Il DSM 5 (con tutte le polemiche che ne hanno visto la nascita) è molto più "snello e rassicurante". Aiuterebbe molto di più il MMG a fare diagnosi, ma si tratterebbe di una diagnosi completamente avulsa dalla realtà e dal contesto della gente "vera". Il DSM-5 indica categorie diagnostiche rigide e permette una prescrizione sintomo - specifica dei farmaci. Tutto qui. A ciascuno la sua diagnosi e a ciascuno il suo farmaco. Certo non è un approccio che ci interessa.

E' così importante, per noi MMG, fare diagnosi in ambito psichiatrico? La risposta è certamente affermativa, ma se parliamo di paziente fragile, le varietà dei quadri diagnostici sono talmente vaste da non poter affermare che tutti i pazienti psichiatrici siano fragili allo stesso modo. Possiamo parlare di fragilità soprattutto se prendiamo in considerazione le psicosi strutturate da tempo, le depressioni maggiori, i disturbi bipolari o i disturbi di personalità (in particolare il disturbo borderline). Se parliamo dei "Disturbi mentali comuni", ne abbiamo piene le sale d'attesa e nei confronti di coloro che ne soffrono non dovremmo avere così grossi problemi, né essi sono (entro certi limiti) più fragili di un diabetico o di un iperteso. Siamo perfettamente in grado di fare una diagnosi corretta e impostare una terapia efficace. Quando però (come spesso accade) c'è bisogno di terapie integrate, con l'intervento dei Servizi Sociali, di psicologi o del CSM, allora bisogna potersi muovere all'interno dei servizi e organizzare una rete per i primi provvedimenti diagnostici e terapeutici.

Se invece prendiamo in considerazione i disturbi psicotici di vecchia data, cronicizzati, sappiamo con certezza che si sommano a disturbi organici numerosi e che l'aspettativa di vita di queste persone è estremamente inferiore a quella del resto della popolazione. Ne sono causa le sindromi dismetaboliche conseguenti all'uso dei neurolettici, la BPCO, l'etilismo, l'uso di sostanze, etc.

Se a ciò si aggiunge la loro scarsa consapevolezza, la scarsa iniziativa, spesso la mancanza di interesse verso la salute e la vita stessa, le scadenti condizioni socio-economiche, si ha un quadro molto complesso. Ne risente, naturalmente, tutto l'*entourage* familiare, quando c'è.

Non dimentichiamo il circolo vizioso tra povertà, disoccupazione, e malattia mentale, che si autoalimenta e cresce a dismisura. Aspetto sociale, sanitario e biologico si intersecano qui come non mai. Non dimentichiamo che Engel era uno psichiatra; il suo modello bio-psico-sociale ha radici nella pratica clinica.

Dove voglio arrivare? Ciò che credo ci debba interessare non è la diagnosi come esercizio accademico, quanto la diagnosi come procedura che riesca a coniugare aspetti soggettivi del disagio mentale con gli aspetti neurobiologici e quelli socio assistenziali. E oggi più che mai è auspicabile che la diagnosi psichiatrica sia precoce rispetto all'esordio dei sintomi. E' ormai assodato che una diagnosi precoce (soprattutto di psicosi e soprattutto in adolescenza) e un trattamento rapido e prolungato, possono modificare radicalmente la storia naturale della malattia. Fino a qualche decennio fa un concetto simile era impensabile. E come si arriva alla diagnosi? Non, a mio avviso, attraverso le classificazioni categoriali come il DSM, ma attraverso una formazione accurata (vedi Scuola Specifica) e una preparazione all'osservazione, all'auto osservazione e alla relazione. Quindi non sto pensando alle tecniche di comunicazione, ma alla capacità di ascoltare, unita ad un acume diagnostico che si acquisisce con la comprensione delle dinamiche mentali della singola persona che non va incasellata in una classificazione inflessibile. E' necessario tenere insieme le componenti bio-psico-sociali della malattia e numerosi fattori che vanno dalle recenti scoperte delle neuroscienze all'importanza dei fattori relazionali. Le conseguenze della deprivazione affettiva, della povertà, dei traumi emotivi e fisici hanno pesanti conseguenze sullo sviluppo e sul mantenimento delle patologie psichiatriche. Su questi argomenti, con il sostegno delle neuroscienze, non ci sono più dubbi.

Che si prescriva un esame di laboratorio o un neurolettico, la dimensione relazionale non deve mai andare perduta. Gli effetti *nocebo* e *placebo* sono sempre all'opera a livello neurobiologico e vanno utilizzati consapevolmente. Perfino lo stato d'animo del prescrittore ha una valenza significativa sull'efficacia delle terapie.

La domanda chiave è: “Come mi fa sentire questo paziente?” E’ una domanda che dovremmo porci con qualunque paziente, ma con gli psichiatri diventa essenziale e può diventare una guida verso il mantenimento di una efficace relazione di cura. Attenzione, non sto preconizzando una sorta di intuizione primitiva: la modalità che sto descrivendo in modo un po’ pittoresco deve andare di pari passo con una conoscenza precisa e approfondita della psicopatologia e della psicofarmacologia. Mentre nel resto della medicina interna si è guidati da conoscenze fisiopatologiche precise, in ambito psichiatrico l’incertezza è ancora considerevole; l’incertezza della diagnosi porta con sé l’incertezza della terapia. Quanti pazienti cominciano la loro carriera di malati di mente con una diagnosi, la proseguono con un’altra e la terminano con una terza? Quante diagnosi di disturbo NAS vengono effettuate? Quante terapie sembrano tentativi casuali dove si inseriscono classi di farmaci fino ad esaurimento? (Un neurolettico, due antidepressivi, un ansiolitico, due ipnotici, uno stabilizzatore del tono dell’umore...)

L’unica certezza ancora robusta è la necessità di mantenere una salda relazione con il paziente, indirizzati dalla consapevolezza costante che esiste un *continuum* tra patologia e salute, da seguire e conoscere sia dentro noi stessi che nell’assistito. Invece che utilizzare criteri rigidi di *normalità* o *anormalità*, dovremmo avere il coraggio di considerare la mente delle persone attraverso un elemento di responsabilità e giudizio personale. Pochi meglio del MG conoscono quale capacità di adattamento al suo ambiente può avere un paziente.

Marco Monari afferma: “La diagnosi è necessaria ma non basta, perché senza un contatto col mondo emotivo del paziente non può esistere una relazione di cura viva ed efficace. Inoltre la sola nosografia rischia di essere una lista ossessiva di sintomi e sindromi limitata, senza l’intreccio con le vicende personali e con le storie di vita del paziente, ed infine la clinica è sempre più complicata e stimolante del pur necessario tentativo di descriverla. Se da un lato è il modello medico ad essere uno strumento indispensabile a porre diagnosi, dall’altro è la dimensione empatico-narrativa, che consente di raccogliere dei dati, di aggregarli per cercare di rappresentare dentro di noi il paziente. Queste sono dunque le redini dell’incontro psichiatrico di cui tenere conto in un reciproco equilibrio dinamico.”

Possiamo classificare i pazienti sulla base dei loro sintomi, del decorso, ma sappiamo che ogni paziente è unico e ha una storia personale che influisce sul decorso della malattia. Due individui con una diagnosi di depressione avranno bisogno di trattamenti diversi, reagiranno in maniera differente alla terapia, gli elementi di variabilità della loro risposta saranno legati strettamente a

fattori di contesto. Pensate a due diabetici: è più probabile che a diagnosi precisa corrisponda risposta terapeutica analoga.

La diagnosi descrittiva del DSM non può fare a meno dell'approccio psicodinamico: anche i disturbi che poggiano senza dubbio su una base biologica vengono influenzati e modificati da fattori psicologici che contribuiscono al modo in cui si esprime la malattia e al modo in cui il paziente instaura un'alleanza terapeutica. E' accertato che l'alleanza terapeutica è un fattore determinante per un andamento positivo della terapia.

Il paziente psichiatrico fragile ha bisogno di una pluralità di sostegni e di approcci. Il coordinamento tra le varie figure e il lavoro multidisciplinare consentono di garantirgli terapie efficaci, iniziative di prevenzione e diagnosi precoce di tutte le patologie organiche correlate allo stato di malato mentale. Dove non esistono medicine di gruppo o strutture con multiple figure professionali, è necessario che, di propria iniziativa, il MMG cerchi contatti e si coordini con i vari servizi. Difficilmente avverrà il contrario. Se l'iniziativa non viene presa dal MMG, è raro che venga messa in moto da altri.

Non credo sia realistico immaginare un MMG che, fatta una diagnosi con il PDM2, prenda contatti con il CSM o con l'SPDC o con i Servizi Sociali per iniziare una terapia complessa. Ciò che il MMG può realisticamente fare è, formulata una sua ipotesi diagnostica, porre le basi per una salda relazione con il paziente, farsene carico da un punto di vista psico-somatico, offrirsi come punto di riferimento e fulcro di una rete che abbia la funzione di proteggere e accompagnare la persona. Compito del MMG è quello di mantenere uno stretto rapporto personale e professionale con il malato in modo da poter essere considerato il nucleo del percorso di cura, il mediatore culturale e il difensore dei suoi interessi sanitari e sociali.

Il PDM permette (Lingiardi) :

- **di leggere la psicopatologia nel contesto della personalità**
- **considerare la soggettività del sintomo**
- **di far diventare l'esperienza relazionale del clinico un elemento della valutazione**
- **di individuare le risorse e non solo gli elementi patologici del paziente**
- **una tassonomia della gente invece che una tassonomia del disturbo.**
- **opportunità di apprendimento e didattiche**

Detto tutto questo, mi chiedo che effetto possano fare queste idee su colleghi che non abbiano particolari interessi nei confronti della psichiatria. Va tenuto conto che la percentuale di persone con problemi emotivi che affollano i nostri studi è , come è noto, enorme.