



IL PROCESSO DIAGNOSTICO

Sono contento di poter partecipare oggi a questa riunione in cui operatori di comunità e operatori di un Servizio pubblico per le Tossicodipendenze si incontrano per confrontare le loro esperienze e progettare un possibile percorso insieme.

Dopo anni di contrapposizione frontale e in un momento in cui politicamente sembrano volersi ricostituire gli opposti storici schieramenti, mi sembra di buon auspicio percorrere la strada dell'incontro e del confronto. E mi sembra inoltre che sia più utile per i nostri utenti e per noi tutti, poter confrontare il nostro sapere e le nostre esperienze per progettare un percorso migliore per chi si affida alle nostre cure.

Sappiamo che il nostro apprendimento avviene attraverso un lento processo di tentativi ed errori. In un articolo apparso nel 1983 sul British Medical Journal Karl Popper affermava che "imparare solo dai propri errori vorrebbe dire procedere troppo lentamente e dolorosamente", e con troppi costi per il paziente: le esperienze devono essere raccolte in un pool unico così che i medici (ma io aggiungerei anche tutti gli operatori che a qualsiasi titolo si occupano della salute delle persone) possano imparare anche dagli errori degli altri. Questo richiede la disponibilità ad ammettere di aver sbagliato e a discutere i fattori che possono essere stati la causa dell'errore; questo richiede un atteggiamento critico nei riguardi del proprio lavoro e di quello degli altri. Questa disponibilità e questo atteggiamento critico auspicato da Karl Popper penso debbano essere il nostro modo di proporci reciprocamente per poter arrivare a costruire un percorso con meno errori e più possibilità di risultati positivi. Ritengo intanto sia più utile per il nostro incontro di oggi proporre dei punti di discussione su cui magari possiamo poi confrontarci, piuttosto che recitarvi una conferenza più o meno saccente che rischierebbe di annoiarvi e basta.

Ci incontriamo oggi per un confronto. Per poter mettere insieme il nostro sapere e il vostro sapere per determinare un sapere comune più vero e con meno errori. Ci serve quindi un linguaggio comune che permetta questo confronto. L'incontro di oggi che ha come tema la diagnosi è appunto un momento di ricerca di un linguaggio comune.

Io vorrei soffermarmi un attimo a riflettere con voi su quello che è il **processo diagnostico**, non perché pensi di dirvi o insegnarvi qualcosa di nuovo, ma perché solo comprendendo la complessità, difficoltà, necessità di continua verifica e aggiornamento di tale processo, si può intendere i limiti, ma anche i contenuti di quella che è una diagnosi.

Intanto è subito utile precisare il termine *processo* che significa qualcosa che è in evoluzione, qualcosa di non stabile, che cambia nel tempo. E direi che cambia anche secondo l'angolo visivo con cui lo inquadra l'osservatore.

Poi il termine **diagnosi**. Secondo il vocabolario la *diagnosi* è una "**analisi di un fenomeno sulla base delle caratteristiche e degli aspetti con cui si manifesta**". In termini medici diagnosi è "**l'identificazione di una malattia in base ai sintomi, all'anamnesi e agli esami strumentali e di laboratorio**".

Partiamo allora con il concetto di **malattia**. E'opportuno ribadire il concetto che le malattie sono necessarie costruzioni della nostra mente, basate su criteri logici, ma la realtà che noi osserviamo è costituita solo da persone ammalate. I singoli quadri morbosi vengono delineati sulla base della osservazione di numerosi casi che presentano alcune caratteristiche comuni che si ritengono essenziali, ma si deve tener presente che le singole osservazioni non sono mai del tutto sovrapponibili e che per questo non sempre si riesce a stabilire dei netti limiti tra una malattia e un'altra e neanche esiste un cortine netto tra uno stato di malattia e assenza di malattia, tra uno stato di benessere e uno di malessere. Esiste invece un continuum che va dalla normalità intesa come assenza completa di malattia. verso uno stato di assoluta malattia con tanti stadi intermedi tra l'uno e l'altro.

Se, per esempio, prendiamo in questo periodo le *malattie da raffreddamento* vediamo che ci sono quelli che stanno completamente bene; quelli che pur stando ancora bene cominciano ad avere un po' di tosse o il naso chiuso o gli occhi arrossati; ci sono poi quelli che hanno già mal di gola, cefalea, tosse e anche un po' di febbre; ci sono poi quelli che hanno febbre alta, e devono stare a letto; ci sono poi quelli che oltre la febbre hanno anche una serie compromissione a livello broncopolmonare e devono essere ricoverati e così via. Se facciamo questo stesso ragionamento per quanto riguarda le malattie mentali vediamo che esiste un continuum tra uno stato di completo benessere, uno di iniziale malessere e che questo va man mano aggravandosi fino a uno stato completo di malattia con necessità di ricovero coatto. Tutti noi siamo situati in questo continuum e tutti noi ci spostiamo dinamicamente in questo continuum secondo il nostro stato di benessere o di malessere e secondo i diversi momenti e le diverse situazioni del nostro esistere.

Un altro punto di riflessione è legato alle cause della malattia mentale. Tutti voi sapete la lunga diatriba che si è sviluppata negli anni scorsi e che tuttora continua tra chi ritiene le malattie mentali determinate in prevalenza geneticamente e chi invece dà una grande e prevalente importanza alle cause sociali. Altro punto che deriva immediatamente dall'analisi precedente è la diversa importanza data alla terapia farmacologia o biologica o

alla terapia sociale. Lo sviluppo della persona visto come un continuum in cui ci sono dei punti di forza ed altri di debolezza può essere un altro punto della nostra discussione in cui sicuramente gli psicologi presenti possono intrattenerci; la necessità poi, per la persona, di riconoscere i propri punti di debolezza per evitare che le situazioni della vita possano determinare delle fratture nel nostro essere è un altro possibile affascinante punto su cui riflettere.

Nel DSM-IV come vedremo, si distinguono i disturbi in asse 1 e i disturbi in asse 2. Distinzione importante. Primo perché in asse 1 si classificano i disturbi dell'umore, schizofrenici, d'ansia e in asse 2 invece i disturbi di personalità. Secondo perché per i disturbi in asse 1 possiamo utilizzare dei presidi farmacologici che statisticamente risultano inutili per i disturbi in asse 2.

Un altro punto importante di discussione è la visione della tossicodipendenza. Precedentemente veniva catalogata in psichiatria come disturbo della volontà, ma nella visione morale e giudicante di questi ultimi decenni è stata piuttosto vista come cattiva volontà o cattiva abitudine. Visione clinica e visione morale del problema.

Difficoltà di riconoscere nei pazienti tossicodipendenti le patologie mentali comunemente descritte e riconosciute nella popolazione generale.

Le statistiche delle patologie mentali nei tossicodipendenti tendono a rilevare un numero molto alto di disturbi di personalità, ma probabilmente tendono a sottostimare i disturbi in asse 1 per la difficoltà a riconoscerli.

Queste difficoltà si determinano:

- a) perché i pazienti che sono in terapia sostitutiva probabilmente manifestano meno ansia e tendono meno a scompensarsi e a manifestare quei disturbi che invece si evidenziano di più quando si disintossicano o sono in stato di drug-free;
- b) perché i pazienti che conoscono sostanze potenti come l' eroina, capace di modificare la percezione del proprio io, prima di manifestare i sintomi più gravi visibili e dolorosi della patologia mentale, ricadono nell'uso della. Sostanza;
- c) perché i manuali utilizzati dagli psichiatri per la diagnosi delle patologie mentali non sono del tutto adeguati per fare diagnosi nei pazienti con un disturbo di tossicodipendenza;
- d) perché singoli ammalati che sotto l'oggetto della osservazione della medicina clinica devono essere considerati non soltanto in senso differenziale rispetto ad altri, affetti da forme morbose analoghe, ma altresì in senso unitario. In altre parole non si può considerare il malato come semplice portatore di una lesione,

ma come una persona umana dotata di caratteristiche costituzionali del tutto individuali.

Il momento diagnostico quindi è sempre finalizzato non solo, o non tanto, al riconoscere e a dare un nome ad una malattia per denotarla e classificarla, ma bensì a cosa fare di fronte ad un malato, ad una persona che sta male e chiede aiuto, restando quindi inscindibilmente legato all'ambito del comprendere ed aiutare l'individuo che soffre.

Anche la psiche umana può essere oggetto di una ricerca scientifica analogamente al corpo, però come dice lo psichiatra Luigi Pavan, questa conoscenza oltre che utilizzare l'informazione oggettiva ed esterna deve anche *passare attraverso l'organizzazione soggettiva e l'apparato psichico dell'operatore*.

La visita psichiatrica propone sempre per quanto breve una relazione particolare fra due persone, in cui uno chiede un parere e l'altro è provvisto di specifiche conoscenze per poter partecipare della relazione, ma nello stesso tempo per potersene distaccare e giudicare. L'attività mentale, sana o patologica, si manifesta comunque nella relazione, ed è in essa che lo psichiatra deve conoscerla, rimandando (riportando) poi questa conoscenza a quadri generali e riproducibili. La malattia mentale non è una alterazione relazionale, ma bensì è avvicinabile e conoscibile attraverso la relazione.

Abbiamo appena parlato di quadri generali e riproducibili, ma quali sono questi quadri e chi li stabilisce? Lasciando perdere la storia dei vari tentativi, possiamo dire che oggi le malattie mentali vengono classificate soprattutto attraverso l'**ICD 10** (cioè la decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che fin dai primi anni sessanta ha cominciato ad impegnarsi attivamente per migliorare la qualità delle diagnosi e della classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici, e il **DSM IV** (cioè la quarta edizione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali dell'Associazione degli Psichiatri Americani). La necessità di una classificazione dei disturbi mentali si è resa evidente in tutta la storia della medicina, ma vi è stato scarso accordo su quali disturbi dovessero essere inclusi e sul metodo ottimale per la loro organizzazione. Negli Stati Uniti la necessità di raccogliere informazioni statistiche ha dato la spinta iniziale allo sviluppo di una classificazione dei disturbi mentali.

Cos'è un disturbo mentale? Secondo il DSM IV (fatta la necessaria premessa che la distinzione disturbo mentale - disturbo fisico è un riduttivo anacronismo riguardante

il dualismo niente/corpo) il disturbo mentale è concettualizzato come una sindrome o un modello comportamentale o psicologico clinicamente significativo, che si presenta in un individuo, ed è associato a disagio (es. un sintomo algido), a disabilità (es. compromissione in una o più aree importanti del funzionamento), ad un aumento significativo del rischio di morte, di dolore o di disabilità, o ad un'importante limitazione della libertà. In più questa sindrome o quadro non deve rappresentare semplicemente una risposta attesa o culturalmente sancita ad un particolare evento, ad esempio la morte di una persona amata. Qualunque sia la causa, esso deve essere al momento considerato la manifestazione di una disfunzione comportamentale, psicologica o biologica dell'individuo. Non rappresentano disturbi mentali un comportamento deviante (es. politico, religioso o sessuale), né conflitti sorti principalmente tra l'individuo e la società, a meno che la devianza o il conflitto siano il sintomo di una disfunzione dell'individuo, come sopra descritto.

Un comune equivoco è che la classificazione dei disturbi mentali classifichi le persone, mentre in realtà ciò che viene classificato sono i disturbi che le persone hanno. Il DSM IV, che oggi è il manuale più seguito e che anche noi seguiremo, è una classificazione per categorie che suddivide i disturbi mentali sulla base di set di criteri con caratteristiche descrittive.

Un approccio categoriale alla classificazione funziona meglio quando tutti i componenti di una classe diagnostica sono omogenei, quando vi sono limiti netti tra le classi, e quando le diverse classi sono mutuamente esclusive. Non si può però dire che nel DSM IV ogni categoria di disturbo mentale sia un'entità totalmente distinta con confini assoluti che la separano dagli altri disturbi mentali o dalla normalità. Non esiste neanche l'assunto che tutti gli individui descritti all'interno dello stesso disturbo mentale siano simili da tutti i punti di vista. L'assegnazione di una diagnosi non implica uno specifico livello di compromissione o di invalidità. Una diagnosi non comporta nessuna implicazione riguardante le cause del disturbo mentale dell'individuo né della compromissione ad esso associata. L'inclusione di un disturbo nella Classificazione non richiede che si conosca la sua eziologia. Inoltre il fatto che la sintomatologia di un individuo soddisfi i criteri di una diagnosi del DSM IV non ha nessuna implicazione per quanto riguarda il livello di controllo che egli può esercitare sui comportamenti che possono essere associati al disturbo. Anche quando la riduzione del controllo sul proprio comportamento rappresenta una caratteristica del disturbo, la diagnosi di per sé non dimostra che un particolare individuo sia (o fosse) incapace di controllare il proprio comportamento in un dato momento.

Vediamo adesso alcuni quadri delle principali malattie mentali, ma prima. visto che abbiamo accennato ai diversi assi di classificazione delle malattie mentali vediamo cosa contemplano questi diversi assi.

Criteri diagnostici dei principali quadri clinici

- Valutazione Multiassiale
- Disturbi Correlati a sostanze
- Dipendenza da sostanze: criteri diagnostici
- Abuso di sostanze: criteri diagnostici
- Schizofrenia: sottotipi e specificazioni di decorso
- Schizofrenia: criteri diagnostici
- Disturbo Schizoaffettivo: criteri diagnostici
- Disturbo delirante: criteri diagnostici
- Disturbo psicotico indotto da sostanze: criteri diagnostici
- Disturbo Psicotico NAS
- Disturbo dell'Umore
- Episodio depressivo maggiore: criteri diagnostici
- Episodi maniacale e misto: criteri diagnostici
- Disturbo depressivo maggiore: criteri diagnostici
- Disturbo Distimico: criteri diagnostici
- Disturbo Bipolare I
- Disturbo Bipolare II: criteri diagnostici
- Disturbo Ciclotimico: criteri diagnostici
- Disturbo dell'umore indotto da sostanze: criteri diagnostici
- Criteri per gravità
- Disturbi d'Ansia
- Attacco di panico e Agorafobia: criteri diagnostici
- Disturbi di personalità
- Disturbi di personalità: criteri diagnostici generali

Cenni sui farmaci psichiatrici di uso comune

- Inibitori selettivi del reuptake della Serotonina
- Antidepressivi ciclici non selettivi
- Neurolettici (Antipsicotici)
- Ansiolitici
- Benzodiazepine: classificazione
- Stabilizzatori dell'umore