

L'INQUADRAMENTO NOSOGRAFICO DEI DISTURBI PSICOSOMATICI

Nicola Lalli, 1997

© 1997 Nicola Lalli, Liguori Editore

Ultima revisione: 30 maggio 2007

Presente in: N. Lalli, *Lo spazio della mente – Saggi di psicosomatica*, Liguori Editore, Napoli 1997.

Il problema nosografico del disturbo psicosomatico si inserisce ovviamente in quello più ampio della classificazione psichiatrica: sindromi che sono strettamente collegate alle diverse teorie psicopatologiche.

Pertanto in questo capitolo affronterò il problema nella sua complessità, sottolineando che la classificazione è una esigenza fondamentale per ogni disciplina e ne rappresenta una prima forma di conoscenza.

Il disturbo psicosomatico ha subito nel tempo una serie di cambiamenti che è sintomatica della complessità del problema.

Dal concetto di malattia psicosomatica intesa come possibilità di comprendere il problema del rapporto soma-psiche a quello di disturbo psicosomatico inteso come nevrosi attuale o come semplice "evento psicosomatico", fino alla soppressione nel DSM III-R e DSM-IV di questa entità sostituita da un generico e confusivo quadro di "sindromi somatoformi".

Ritengo che quest'ultima classificazione abbia totalmente travisato e reso incomprensibile il fenomeno dell'evento psicosomatico, nella pretesa di una codificazione ateoretica.

Pertanto passeremo ad esaminare:

- A) Considerazioni generali.*
- B) Storia della nosografia psichiatrica.*
- C) Criteri per una nosografia psichiatrica.*
- D) Come classificare i disturbi psicosomatici..*

A) Considerazioni generali

La classificazione è un'operazione necessaria e fondamentale per ogni disciplina, perché rende comprensibili dati e fenomeni che altrimenti sarebbero caotici ed incomprensibili.

Non a caso la classificazione kraepeliniana, per quanto parziale perché fondata unicamente sul decorso, ha segnato comunque l'inizio e la nascita della Psichiatria come disciplina autonoma.

L'aspirazione di ogni disciplina è quella di poter disporre di una classificazione quanto più naturale e quindi più attinente all'essenza dei fenomeni: una sorta di tavola di

Mendeleev. Ma credo che questo sia impossibile per la Psichiatria, perché sono implicati non solo fenomeni biologici e naturali, che possono avere una certa ripetitività, ma soprattutto fenomeni psichici e storici, che in genere ripetitivi non sono. Pertanto bisognerà accettare che ogni sforzo nosografico in Psichiatria mostrerà sempre uno scarto, una impossibilità a raccogliere tutti i dati psicopatologici. Questo non vuol dire però rinunciare al progetto e accontentarsi di una semplice descrizione dei fenomeni, come fa il DSM-IV.

Ritengo che la nosografia psichiatrica possa avere la pretesa di ordinare i dati, secondo un criterio teorico di riferimento che deve rappresentare una sorta di reticolo, all'interno del quale sistemare i vari fenomeni psicopatologici.

Rispetto a quella medica la nosografia psichiatrica presenta due peculiari difficoltà inerenti sia l'oggetto dell'osservazione che la distanza dell'osservatore. Fattori che diversamente valutati possono cambiare radicalmente l'impostazione nosografica. Intanto per quanto riguarda il primo punto dobbiamo chiederci cosa valutiamo e descriviamo. La malattia, le sindromi, le variazioni del comportamento, le persone con le loro varianti caratteriali, oppure solamente gli epifenomeni di sconosciute variazioni biologiche?

Troppo spesso queste variabili non sono definite, o ancora peggio, sono sovrapposto tra di loro.

Per quanto riguarda il problema della distanza dell'osservatore riporterò il noto esempio del bosco e dell'albero.

Se noi osserviamo un bosco ad una *certa distanza*, vediamo un insieme di alberi che si strutturano con una *gestalt* ben precisa: sappiamo che è un insieme di alberi, ma di questi ci sfugge la precisa connotazione. *Se ci avviciniamo*, ed anzi entriamo nel bosco, le cose cambiano: possiamo esaminare per bene i singoli alberi, ma perdiamo di vista il

bosco. Ed il problema si ripropone quando osserviamo l'albero ad una certa distanza, o quando ci avviciniamo per studiarne la particolarità delle foglie e dei fiori. Senza voler portare questa situazione all'infinito è evidente, in altri termini, che la nostra osservazione, e quindi anche i dati che costituiscono la classificazione, variano in misura *della vicinanza o della lontananza dall'oggetto*. E' chiaro quindi che i sintomi ed il soggetto portatore dei sintomi, possono mostrare aspetti diversi a seconda della nostra distanza: che questa volta dobbiamo intendere non in termini fisici, ma psichici. Vediamo sicuramente cose diverse, nello stesso paziente, se l'approccio è esclusivamente oggettivante-nosografico, o se invece stabiliamo un rapporto psicoterapico. Questo non vuol dire che è impossibile fare una classificazione: vuol dire che bisogna tener presente oltre che la mutevolezza dell'oggetto, anche la modalità di osservazione. Questo aspetto trova il suo apice nella problematica del comprendere e dello spiegare.

A lungo si è dibattuto se lo psichiatra deve comprendere o spiegare: definendo la prima come la categoria della soggettività e del rapporto interpersonale, e la seconda come la categoria della oggettività e della osservazione asettica e scientifica.

Credo che si tratti però di un falso problema: lo psichiatra deve sempre essere in grado di utilizzare questa duplice metodologia che può riassumersi nelle due domande "cosa ha il paziente" e "cosa è il paziente?".

Questa visione binoculare che potremmo definire rispettivamente psichiatrica e psicoterapeutica deve essere sempre presente. La messa a fuoco, ovverosia la maggiore accentuazione dell'aspetto "oggettivante" è legata solo alla maggiore gravità del disturbo. Quando ci troviamo di fronte ad una patologia psicotica grave, o ad un processo involutivo che rende molto difficile, o a volte impossibile stabilire un rapporto

e definire "chi è il paziente", lo psichiatra necessariamente dovrà spostare il registro dell'osservazione sul "cosa ha il paziente".

Ma evidentemente se i fenomeni possono presentarsi con aspetti diversi, questo non vuol dire che quei fenomeni sono completamente diversi. L'albero visto nel contesto del bosco e quello visto da vicino, hanno, pur nella diversità, molte più cose in comune di quanto a prima vista non sembrerebbe. Una conoscenza più completa ci deriva dall'osservare l'albero, mantenendo il bosco come immagine di sfondo, o viceversa.

In campo clinico la modalità di osservazione può essere condizionata da una diversa impostazione teorica rispetto all'oggetto. Ma anche in questi casi, prevale alla fine il primato del fatto sulla teoria, come si evince dal fatto che clinici pur con orientamenti diversi, di fronte ad uno stesso paziente, magari con concetti o parole diverse, esprimono lo stesso parere clinico e diagnostico. Quindi nonostante la variabilità del fenomeno, in parte dovuta al fenomeno stesso, in parte ad impostazioni teoriche diverse, rimane un primato del fatto, che rende possibile una classificazione dei disturbi psichiatrici, anche accettando che per il momento non tutti i disturbi psicopatologici possono essere inquadrati con sicurezza e con coerenza. Ma questo non è un problema, perché a meno che non si prendano come punto di riferimento le scienze naturali, è evidente che nelle scienze umane c'è sempre uno *scarto*.

Infatti una nosografia psichiatrica non potrà mai essere l'equivalente di una tavola di Mendeleev: ed è auspicabile che tale rimanga.

B) Storia della nosografia psichiatrica

Questo breve excursus non ha la pretesa di fare una storia della nosografia psichiatrica, ma solo di segnalare alcuni passaggi significativi.

Il primo tentativo di mettere ordine nella confusa sintomatologia psicopatologica, risale alla seconda metà dell'800. Autori francesi e tedeschi tentano, sull'onda dei successi della medicina, di mutuare da questa, la metodologia. Kahlbaum formula una ipotesi che postula una stretta corrispondenza tra eziologia, patologia cerebrale, sintomatologia clinica e decorso: questi parametri dovevano essere utilizzati per unificare sintomi molto diversi.

Questa operazione che non è mai riuscita, ha comunque pesato a lungo sulla Psichiatria, rimanendo per molti, come ideale a cui tendere. Successivamente E. Kraepelin, con spirito molto clinico, utilizza fundamentalmente due parametri: sintomatologia clinica e decorso. Sulla base di questi due criteri egli isola due entità "nosologiche": la demenza precoce e la psicosi maniaco-depressiva. Oltre le notevoli differenze dei quadri clinici, il dato più significativo è l'esito in demenza per la demenza precoce, e la guarigione, perlomeno dell'episodio, per la psicosi maniaco-depressiva. Questa dicotomia kraepeliana è tuttora operante all'interno della Psichiatria. L'osservazione di Kraepelin è stata resa possibile da tre dati:

1. l'enorme numero di pazienti che egli ha potuto osservare;
2. la possibilità di ricoveri prolungati che rendeva possibile fare catamnesi a lunga distanza;
3. l'assenza di qualsiasi ausilio terapeutico che faceva sì che il decorso della sindrome fosse "naturale".

Quindi possiamo dire che l'osservazione di Kraepelin, pur esatta sul piano clinico, era fortemente condizionata dalla particolare condizione di osservazione: forse l'osservazione naturalistica più spinta operata sul malato mentale. Questa metodologia di osservazione, e quindi anche le conseguenti osservazioni, sono messe in crisi da vari autori fra i quali bisogna menzionare soprattutto E. Bleuler. Questi in parte sotto

l'influsso della psicoanalisi, ma soprattutto pronto a cogliere i fermenti della Psichiatria emergente, propone una visione della demenza precoce completamente diversa, trasformandola così in schizofrenia.

Il dato differenziale più importante rispetto a Kraepelin, è che la schizofrenia non è un fatto naturale, ma è un evento psicologico spesso drammatico, frutto di una scissione interna. Questa scissione insieme all'autismo, formano i sintomi primari: pertanto con Bleuler, il problema si sposta dall'osservazione "naturale" alla psicopatologia e pertanto il problema nosografico diventa meno importante.

Successivamente con la scuola psicodinamica il problema della nosografia e quindi anche della diagnosi viene ripreso: infatti una accurata semeiologia è importante per definire e differenziare i pazienti analizzabili da quelli non analizzabili.

Agli inizi degli anni '60, con la terapia psicofarmacologica la nosografia psichiatrica subisce una ulteriore modificazione. La diagnosi non è più una fine esercitazione semeiologica, come era diventata soprattutto con l'influsso della Psichiatria esistenziale, ma un fatto molto empirico. Si cerca di raggruppare i sintomi in base alla risposta agli psicofarmaci. Lo psicofarmaco potrebbe avere una funzione di rivelatore, funzione utilizzabile ai fini di formare raggruppamenti più omogenei, se conoscessimo con estrema esattezza i meccanismi d'azione dei vari psicofarmaci. Altrimenti si rischia di isolare come nuove, categorie ben conosciute, solo perché sembrano rispondere particolarmente ad uno psicofarmaco. Credo che l'esempio più eclatante, sia la sindrome da "Attacchi di panico" isolata e proposta come nuova, solo perché risponderebbe in maniera favorevole ad una particolare BDZ. Da questo terreno, basato sulla ricerca di correlazione tra psicofarmaci e sindromi, si è sviluppato il DSM-III e il successivo DSM-IV che dichiarandosi apertamente ateoretici e descrittivi, propongono un modello pragmatico che dovrebbe servire ad evidenziare e differenziare una sindrome dall'altra,

solo sulla base di un certo numero di sintomi principali. E con il DSM-III e il successivo DSM-IV, di cui riparleremo dopo, siamo giunti ai giorni nostri. A questo punto credo opportuno proporre quali dovrebbero essere i criteri principali per una corretta nosografia psichiatrica.

C) Criteri per una nosografia psichiatrica

La classificazione serve ed è necessaria per una operazione fondamentale che è la diagnosi, ovverosia comprendere attraverso i sintomi ed i segni visibili, il disturbo latente ed eventualmente anche la causa. La diagnosi è un'operazione logica che mette a confronto due ordini di informazioni: quelle derivanti dal quadro teorico di riferimento, e quelle derivanti dal quadro clinico, ovvero i sintomi ed il decorso.

I sintomi sono dei segnali e possono essere altamente specifici (patognomonic) o aspecifici (ubiquitari). E' importante riconoscere nelle varie sindromi, i sintomi *specifici* o *primari*, perché sono quelli che caratterizzano fundamentalmente il quadro. Il metodo diagnostico si applica cercando una concordanza tra gli elementi clinici rilevati e l'appartenenza di questi elementi a specifici quadri sindromici e non ad altri. In questo senso una diagnosi è sempre una diagnosi differenziale. *E' evidente quindi che a monte dell'attività diagnostica, deve esserci una operazione di catalogazione che presenta regole ben precise.*

Ne riporto le più significative:

1. i sintomi debbono essere accessibili e valutabili;
2. i sintomi debbono presentarsi insieme, con una frequenza statisticamente significativa e devono inoltre presentare una notevole coerenza interna relativamente al decorso, all'esito ed alle risposte a specifici trattamenti;

3. deve esistere un principio di gerarchia: ovverosia le sindromi meno gravi non debbono presentare sintomi appartenenti a livelli gerarchici superiori (cioè più gravi), e viceversa.

Ma questi raggruppamenti non possono essere solo descrittivi, ci deve essere o si deve tentare anche un criterio ordinatore complessivo: il che rende necessario non fermarsi solo all'aspetto descrittivo, per quanto accurato, ma cercare di inserire questi dati in un contesto più ampio. Per fare questo bisogna sempre tener presente la correlazione tra diagnosi trasversale (cioè lo status) che si riferisce al quadro psicopatologico, e la diagnosi longitudinale che si riferisce al decorso e all'esito.

Pertanto il tentativo del DSM III-R e del successivo DSM-IV non sembra pagante con la posizione puramente descrittiva e pregiudizialmente ateoretica. E' vero che il DSM tende poi, con il sistema multiassiale, a fornire una maggiore ampiezza descrittiva.

Infatti esiste la possibilità di registrare, separatamente, informazioni sulla struttura di personalità, sul funzionamento sociale, sulle patologie concomitanti, e sul grado di malattia o di remissione. Questo sistema multiassiale dovrebbe garantire una serie di informazioni strettamente empiriche, deprivate da ogni inquinamento teorico o previsionale, che comunque dovrebbero rendere possibile una correlazione tra di loro. Questa strategia sembra però non corrispondere alle attese, perché è molto difficile fare intersecare, omogeneamente e coerentemente, le varie informazioni che per quanto utili, rimangono abbastanza scollegate le une dalle altre.

Questi ed altri motivi fanno ritenere che un orientamento solo descrittivo e ateorico, alla fine non sia pagante. E' preferibile invece tentare una nosografia, che esplicitando le premesse teoriche di base, cerchi una sistematizzazione razionale e coerente, salvo a sottoporla a verifica e metterla in discussione, ove la clinica non concordi con la teoria.

In questo senso la nosografia può diventare oltre che necessario punto di riferimento, anche strumento di verifica della coerenza della teoria.

La nosografia che propongo, si basa su due principi fondamentali: da una parte è improntata ad un criterio psicosodinamico, il che significa che i sintomi hanno un senso e che c'è una causa psicologica, dall'altra ritiene che è presumibile la presenza di alterazioni biologiche che possono *condizionare* il disturbo psicopatologico.

A parte questo ritengo utile sottolineare altri punti.

1. I quadri psicopatologici descritti sono costituiti non solo da un complesso di sintomi correlati in maniera statisticamente significativa, ma anche comprensibili e prevedibili sulla base di una teoria psicogenetica.
2. Le diverse categorie nosografiche presentano specifiche differenze che possiamo equiparare a strutture patognomiche, per esempio nelle psicosi è presente una rottura dal rapporto con la realtà.
3. Le sindromi sono ordinate secondo un criterio ben preciso, che mostra una chiara vettorialità: dai disturbi più reversibili (nevrosi) a quelli non reversibili (demenze); da quelli sicuramente su base psicologica (nevrosi) a quelli con probabile base biologica (psicosi) a quelli con sicura base biologica (disturbi psichiatrici secondari); da disturbi che presentano un valido rapporto con la realtà (nevrosi, disturbi psicosomatici) a disturbi ove il rapporto con la realtà è alterato (psicosi) o deteriorato (demenze).
4. In questa vettorialità non sempre trova una sua precisa collocazione il fattore acuto-cronico che può essere presente nelle varie categorie; d'altra parte sappiamo, anche dalla Medicina, che il parametro acuto-cronico può essere un fattore discriminante in senso diagnostico. Cioè su base empirica e per uso pratico, la distinzione in malattie acute o croniche ha una sua validità operativa.

Anche in psichiatria possiamo parlare di disturbi acuti o cronici: ma questo fattore può appartenere a tutte le categorie nosografiche. Poiché il fattore acuto si unisce spesso al fattore *reazione ad un avvenimento*, ho ritenuto opportuno riproporre la dizione di disturbi reattivi che hanno una duplice connotazione: *brevità e benignità del decorso ed importanza del fattore esterno nel determinare il disturbo*. Dati questi elementi, la nosografia è così concepita:

I) Reazioni

Il concetto di reazione è caratterizzato da due parametri: brevità e benignità del decorso, importanza dei fattori esterni nello scatenamento del disturbo.

II) Disturbi del carattere su base conflittuale

Psiconevrosi

Disturbi psicosomatici

Essi sono caratterizzati da una formazione difensiva caratteriale che si esplica come circolo della bramosia e dell'invidia.

III) Disturbi strutturali del carattere

Personalità psicopatica

Borderline

Perversioni sessuali

In questi casi è deficitaria la struttura del carattere: è presente una identità parziale e diffusa, il rapporto con la realtà è complessivamente disturbato.

IV) Disturbi strutturali del carattere con dipendenza da sostanze tossiche

Alcolismo conclamato

Tossicomanie

In questi casi, la intossicazione cronica può fare insorgere sintomi appartenenti a categorie diverse come quella organica (delirium tremens), o quella psicotica (delirio di gelosia).

V) Disturbi psicotici

Depressione maggiore

Mania

Psicosi maniaco-depressiva

Paranoia

Schizofrenia

Parafrenia

Questa categoria è caratterizzata, pur nelle notevoli variazioni, da alcuni sintomi fondamentali. C'è una rottura con la realtà, o comunque una trasformazione della realtà: quindi è compromessa la conoscenza ed il rapporto con la realtà. E' probabile che ci sia una base biologica del disturbo psichiatrico.

VI) Disturbi psichiatrici secondari ad alterazioni organiche

Demenze

Disturbi psichiatrici in epilettici

Disturbi secondari vari

In questi casi c'è sempre una base organica che determina l'insorgenza ed il mantenimento del disturbo. Questo disturbo può essere in alcuni casi (demenze primarie) irreversibile. E' presente una grave alterazione del rapporto con la realtà, e spesso un deterioramento delle principali funzioni mentali.

D) Come classificare i disturbi psicosomatici

D.1) Una critica al DSM - IV ed all'ICD - 10

Un corretto inquadramento dei disturbi psicosomatici è fondamentale non solo per meglio comprendere la dinamica di questa patologia ma anche per approfondire la complessità del rapporto soma-psiche.

Il come ed il perché una emozione o un affetto possono incidere sul soma, fino a procurarne un disturbo funzionale o una lesione, è un problema centrale per la psichiatria. Sicuramente esiste un cortocircuito psico-somatico che nel tempo è stato variamente etichettato: disturbo psicosomatico, evento psicosomatico, disturbo psicogeno, ansia somatizzata, somatizzazione, disturbo funzionale ecc. Questa pleora di etichette se giustifica da una parte la necessità di una ricerca volta a meglio delineare e definire questo concetto non ne giustifica l'eliminazione, come è successo per il DSM-IV e l'ICD-10.

Credo opportuno iniziare un discorso critico esponendo le linee guida del DSM-IV in generale, per poi approfondire il problema specifico di quei disturbi ove c'è sicuramente una correlazione tra aspetti psicologici e disturbi somatici.

Il DSM III-R (ed il successivo DSM-IV) si pone come strumento diagnostico basato sull'osservazione dei sintomi, escludendo ogni ricerca sulle cause. Di qui due aspetti fondamentali: essere *ateorico* e *categoriale*. Quest'ultimo termine introduce, in maniera surrettizia una visione *discontinua* dei disturbi mentali.

«Il DSM-IV è una classificazione categoriale 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 mutualmente esclusive...». Questa dichiarazione molto significativa deve essere

sottoposta ad una attenta critica perché nasconde una macroscopica contraddizione. Se da una parte il DSM-IV si pone come *ateorico*, dall'altra con il concetto di *categoriale* postula, senza fornire alcuna prova, che ci sia una *discontinuità* tra le varie forme psicopatologiche, per cui la diversità delle sindromi risulta intrinsecamente qualitativa e non quantitativa. E questa è una affermazione teorica. Sappiamo quanto questo problema sia stato dibattuto: non è un caso che è proprio la nosografia più antica (come quella kraepeliana) che proponeva la discontinuità, mentre la nosografia psicopatologica (E. Bleuler ed altri) o psicoanalitica ha postulato la possibilità di un passaggio da una categoria diagnostica all'altra. Continuità che l'osservazione clinica, ci propone quotidianamente, ma che è ulteriormente rafforzata quando il paziente non è osservato in maniera oggettiva, ma si stabilisce con lui un rapporto. Non è un caso che è proprio nel campo della psicoterapia analitica che questa continuità è più evidente. Inoltre il non escludere aprioristicamente questa continuità può indurci a cercarne le cause; problema non secondario per una corretta comprensione della psicopatologia. Infatti possiamo pensare che a volte sintomi di tipo nevrotico che possono comparire all'esordio di un successivo sviluppo schizofrenico, potrebbero rappresentare una *copertura difensiva iniziale* rispetto ad un processo disgregativo dell'Io. Ma viceversa possiamo ipotizzare che esista il caso opposto: che nel corso di una psicoterapia si possa passare da strutture psicotiche a strutture nevrotiche.

Questo problema è centrale per comprendere la psicopatologia. Darne una soluzione aprioristica mi sembra quanto meno una rinuncia alla ricerca.

Ma torniamo al problema specifico dei disturbi cosiddetti "psicosomatici" per esaminare come vengono classificati (potremmo dire più esattamente, dispersi) nel DSM-IV.

Il DSM-IV eliminando il termine psicosomatico conia quello di *somatoforme* e crea una categoria a se stante: le "sindromi somatoformi" che comprendono:

- I) Disturbo di somatizzazione
- II) Disturbo somatoforme indifferenziato
- III) Disturbo di conversione
- IV) Disturbo algico
- V) Ipocondria
- VI) Disturbo di dismorfismo corporeo
- VII) Disturbo somatoforme non altrimenti specificato.

«La caratteristica comune dei disturbi somatoformi è la presenza di sintomi fisici che fanno pensare ad una condizione medica generale, da cui il termine somatoforme, e che non sono giustificati da una condizione medica generale, dagli effetti diretti di una sostanza, o da un altro disturbo mentale (per es. il Disturbo di Panico)» (DSM-IV, 1994).

Il primo dato è che questa sindrome si costituisce per esclusione di altre patologie o di uso di sostanze: ma è evidente che ogni definizione per esclusione è sempre molto vaga. Non a caso in questo gruppo sono accomunati disturbi molto diversi tra loro sia sul piano sintomatologico che su quello evolutivo. Ma dobbiamo evidenziare che il corpo, il vissuto corporeo, la simbolizzazione corporea sono entità e funzioni psichiche totalmente diverse tra di loro. Non può essere un vissuto somatico diretto (per esempio dolore, cenestopatia ecc.) equivalente di una simbolizzazione del corpo (come avviene nell'isteria di conversione) o di una alterazione dell'immagine corporea.

Ma a parte queste considerazioni, che potrebbero essere tacciate di eccessiva teoresi psicopatologica, a me sembra già difficile differenziare una sintomatologia di malesseri fisici inerente a un disturbo di attacco di panico, da a una manifestazione di ansia generalizzata dei disturbi somatoformi.

Pertanto a me sembra molto confusiva (sul piano diagnostico) e molto riduttiva sul piano clinico, la dizione di "disturbo somatoforme".

Lipowski così definisce la somatizzazione: «tendenza a percepire e comunicare sintomi somatici privi di una sottostante base patologica, ad attribuirli ad una malattia fisica e a ricercare per essi un aiuto medico». Quindi è evidente che si tratta di un processo, di un iter (ricerca del medico) e di un aspetto cognitivo del proprio malessere psichico che viene vissuto esclusivamente o parzialmente come disturbo organico. E' evidente che questa categoria - se ci si limita al puro aspetto fenomenico - descrittivo, potrebbe comprendere sindromi molto diverse tra di loro.

Infatti noi sappiamo che molte patologie emozionali hanno spesso un ricco corteo sintomatologico (il superato concetto di disturbo *funzionale*) che ovviamente può attrarre l'attenzione del paziente (e purtroppo anche del medico) tanto che trascurare una più approfondita ricerca sulla cause e le origini del disturbo psicopatologico stesso. Inoltre non bisogna dimenticare l'importanza dei fattori sociali e culturali nel determinare le modalità espressive del malessere psichico. Senza scomodare la Psichiatria Transculturale, è di frequente osservazione come la depressione maggiore (o endogena) nei ceti sociali a basso livello culturale, tende ad esprimersi quasi esclusivamente con una sintomatologia somatica. Questi pazienti lamentano "confusione alla testa, blocco all'intestino, difficoltà della minzione, debolezza fisica ecc.", spesso senza esprimere alcun sintomo della serie psichica (tristezza, sensi di colpa ecc.).

Infine bisogna tener presente che è anche la cultura medica a condizionare questa modalità espressiva. Nella nostra cultura essendo il medico il primo referente del soggetto portatore di un disturbo psichico è evidente che il paziente è costretto ad utilizzare il linguaggio del medico: cioè quello del corpo. Se si tiene conto di quanto

detto prima, numerosi sono i fattori che entrano in gioco perché il disturbo psichico più diverso possa esprimersi con una modalità uniforme, cioè quella corporea. Ma è anche evidente che se ci fermiamo esclusivamente al set dei sintomi della "sindrome somatoforme" è facile che in questa categoria possono essere inclusi pazienti con patologie molto diverse: dalla depressione mascherata alla schizofrenia ad esordio pseudonevrotica, solo per citare gli esempi più eclatanti di errore.

La task-force che ha contribuito alla struttura del DSM-IV non era così ingenua e pertanto ha proposto una serie di rimedi per evitare questi errori e fornire un quadro diagnostico il più ampio possibile. In primo luogo, ha posto il sistema multiassiale come possibilità di reperire altri fattori utili a delineare più globalmente la diagnosi: ma abbiamo già sottolineato il difficile collegamento tra questi vari dati. Per quanto riguarda invece lo specifico problema il DSM-IV riconosce una categoria a se stante denominata "Fattori Psicologici Che Influenzano Una Condizione Medica": ma è evidente che questa corrisponde al concetto di reazioni psicologiche alla malattia. Dinamica ampiamente descritta (vedi per esempio capitolo VI del Manuale di Psichiatria e Psicoterapia) e per le quali viene fornita anche una spiegazione delle diverse modalità reattive e di quanto queste possono incidere, in genere negativamente, sul decorso della malattia somatica. Inoltre vorrei sottolineare un'altra contraddizione del DSM-IV. Mentre da una parte si sottolinea che condizioni psicologiche possono influenzare disturbi chiaramente somatici, dall'altra tende a sottolineare: «... è necessario tener conto del fatto che questi sono soltanto termini usati per comodità e non implicano alcuna distinzione fondamentale tra disturbi mentali e condizioni mediche generali, in cui i disturbi mentali non siano correlati a fattori o processi fisici o biologici, o che le condizioni mediche generali non sono legate a fattori o processi comportamentali o psicosociali» (DSM-IV, 1994). E' quindi evidente che

l'affermazione: « ... i criteri diagnostici specifici inclusi nel DSM-IV sono intesi come linee guida da integrare con il giudizio clinico, e *non devono essere utilizzati alla stregua di un libro di cucina ...* » (DSM-IV, 1994), sembra significare esattamente il contrario: cioè che il DSM-IV possa essere usato esattamente come un libro di cucina. Excusatio non petita, ... fit accusatio manifesta.

Ritengo che si può affermare, senza sembrare eccessivi, che la teoria categoriale del DSM-IV è l'equivalente di una concezione *modulare* dell'uomo. Concezione di un uomo bionico formato da numerosi moduli che una volta ben definiti ed individuati ci indicano la strada della terapia: l'aggiustamento o (nel futuro) la sostituzione del modulo fuori uso. Ma se dal DSM-IV passiamo all'ICD-10 non sembra che la situazione sia molto diversa.

E' vero che l'ICD-10 mantiene il termine di nevrosi, ma questo termine è svuotato di ogni significato, infatti « ... è ancora conservato per uso occasionale ... » (ICD-10, 1992), come dire è un oggetto di antiquariato che però può ancora ben figurare.

Per quanto riguarda lo specifico dei disturbi psicosomatici, essi sono inseriti nell'ampio capitolo denominato "Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi".

Raggruppamento che si configura sulla base: «... per la loro associazione storica con il concetto di nevrosi e per la presenza di una causalità psicologica in una quota rilevante (sebbene non esattamente conosciuta) di esse ... » (ICD-10, 1992).

E da cosa sono caratterizzate le sindromi somatoformi?

«La principale caratteristica di queste sindromi è la comparsa di sintomi somatici, insieme a continue richieste di indagini mediche, malgrado ripetuti esiti negativi e rassicurazioni da parte dei medici che i sintomi non hanno una base fisica ... In queste sindromi vi è spesso, in qualche misura un comportamento di ricerca e attenzione (istrionico), particolarmente in pazienti che sono risentiti per il loro insuccesso a

persuadere i propri medici della natura essenzialmente fisica della loro malattia e della necessità di ulteriori indagini» (ICD-10, 1992). E' ovvio che in questo "girone" siano compresi sia i disturbi di somatizzazione che l'ipocondria, mentre viene mantenuta "forse sempre per uso occasionale" una vecchia conoscenza della psichiatria, e che noi credevamo, facesse parte ormai del passato: la nevrasenia.

Così il vecchio medico di famiglia può riprendere, con termini un po' più teorici, il superato concetto di esaurimento nervoso.

A me sembra inutile qualsiasi ulteriore commento: ma non si può non sottolineare che l'atteggiamento ateorico, che dovrebbe servire a mantenere la purezza diagnostica non inquinandola con pregiudizi teorici, ponendo sullo stesso piano disturbi psicosomatici, isterici, ipocondriaci ed altri ancora, renda un ben misero servizio al terapeuta ed al paziente.

D.2) Una possibile nosografia

Se l'ICD-10 può parlare ancora della nevrasenia, mi sento autorizzato a riproporre il meno vecchio ed usurato termine di disturbo psicosomatico.

Nella mia proposta di nosografia, ovviamente qui riprodotta in maniera sintetica, ho considerato i disturbi psicosomatici nell'ambito dei "Disturbi del carattere su base conflittuale".

Detto questo bisogna specificare almeno tre concetti: il carattere, il conflitto, e la psiconevrosi. Credo necessario proporre alcune nozioni di base. Per ulteriori approfondimenti rimando ai capitoli n.8 e n.42 (vedi 5).

La psiconevrosi è un disturbo psichico che nasce da problematiche gravi e persistenti all'interno di una relazione patologica interpersonale nei primi anni di vita.

Queste problematiche, suscitando l'angoscia della perdita del Sè e dell'A.S. (Adulto Significativo), vengono interiorizzate e rimosse e diventano dei conflitti che tendono a strutturarsi in specifiche modalità caratteriali: è il carattere nevrotico. Quando questa situazione caratteriale tende a scompensarsi, per avvenimenti traumatici reali o temuti tali, emerge l'ansia che attiva ulteriori meccanismi difensivi. Si arriva così al sintomo che rappresenta una situazione di compromesso tra tendenze antitetiche.

Ma come si genera questa dinamica?

Il bambino alla nascita presenta una duplice struttura pulsionale: l'istinto libidico e l'istinto di morte.

L'istinto libidico ha bisogno di trovare una valida rispondenza nell'A.S., perchè possa svilupparsi, integrarsi ed assolvere così ad una funzione fondamentale: quella di contenere prima e di trasformare poi l'istinto di morte.

Se la situazione libidica iniziale, il desiderio, non è soddisfatto, ma viene frustrato e deluso, questo porta all'emergenza, sempre più evidente, di due manifestazioni dell'istinto di morte: la rabbia e l'odio.

La rabbia e l'odio emergono dalla mancata integrazione del triangolo occhi-bocca. La bocca, privata dalla capacità di vedere-distinguere, diventa fonte di un desiderio cieco che porta a divorare-introeittare l'oggetto e quindi a distruggerlo: è la rabbia.

Gli occhi senza la capacità di prendere, cioè di soddisfare perlomeno il desiderio cieco, tendono a devitalizzare l'oggetto per doverlo poi continuamente controllare: è l'odio.

Il bambino che ruba il giocattolo all'altro per usarlo in solitudine è l'esempio di un atteggiamento di rabbia (e quindi di bramosia): è il furto che esprime l'incapacità di dividere con l'altro un oggetto che invece, usato insieme, potrebbe far emergere un atteggiamento di desiderio. Il bambino, che vedendo l'altro felice del proprio giocattolo, gli si avvicina per distruggerlo, è l'esemplificazione dell'odio. Non c'è la tendenza al

prendere-rubare, ma questo bambino è andato "oltre": distruggendo il giocattolo, ha cercato soprattutto di distruggere la gioia dell'altro, credendo così di poter controllare tutto e tutti.

Ma questi due aspetti (rabbia e odio), non possono mantenersi a lungo allo stato puro, perchè porterebbero immancabilmente all'angoscia di perdere l'oggetto significativo. Ma la perdita dell'oggetto significativo, comporterebbe anche quella della propria immagine e della propria *identificazione* di base. Il bambino quindi deve mettere in atto una serie di meccanismi difensivi che gli permettano di difendersi da questa angoscia. I meccanismi difensivi sono vari e numerosi: dal fondamentale meccanismo della rimozione, alla repressione, dalla negazione alla idealizzazione, dalla introiezione alla proiezione ecc. La varietà dei meccanismi difensivi spiega la varietà della sintomatologia psiconevrotica. Alcuni meccanismi difensivi possono trasformarsi in strutture abbastanza stabili: ci troviamo di fronte ad un precipitato conflittuale che è il carattere nevrotico.

Su di un piano psicodinamico la diversità dei caratteri nevrotici può essere raggruppato intorno a due strutture fondamentali: quella della bramosia che deriva dalla rabbia e quella della invidia che deriva dall'odio.

Quali sono le caratteristiche fondamentali?

1. Nella bramosia la dinamica fondamentale si basa sul possesso e sullo sfruttamento dell'altro che viene vissuto in modo ambivalente. Il legame che si instaura è di tipo sadomasochistico, l'angoscia fondamentale è collegata alla perdita sia reale che fantasmatica e la perdita è collegata alla fantasticherie della introiezione, che comporta la scomparsa dell'oggetto dalla realtà materiale e la creazione di un oggetto interno deteriorato: di qui la frequente presenza dei sensi di colpa. Il

desiderio è cieco e quindi inestinguibile. E' la struttura caratteristica della depressione nevrotica.

2. Nell'invidia invece la dinamica fondamentale è quella dello svuotamento-devitalizzazione della sostanza interna dell'altro. Il legame è basato sul controllo onnipotente; l'altro non viene nemmeno usato, ma viene semplicemente immobilizzato: L'angoscia nasce dal timore non di perdere l'oggetto, ma di perdere il controllo dell'oggetto: l'angoscia nasce dall'intuizione che l'altro può essere libero. Non c'è introiezione: l'altro viene immobilizzato e mantenuto a distanza. Non c'è desiderio, nemmeno quello cieco, non c'è ambivalenza. Non ci sono quindi nemmeno i sensi di colpa: bensì l'altro, vissuto come mortifero e venefico, suscita spesso ansie persecutorie. E' la struttura caratteristica della psiconevrosi ipocondriaca. Abbiamo quindi due grandi circoli che contengono la proteiforme varietà delle psiconevrosi.

Al circolo della bramosia appartengono:

- a) la psiconevrosi ansiosa;
- b) la psiconevrosi fobica;
- c) la psiconevrosi depressiva;
- d) la psiconevrosi isterica;
- e) l'obesità psicogena.

Al circolo dell'invidia invece:

- a) la psiconevrosi ipocondriaca;
- b) la psiconevrosi ossessiva;
- c) l'anoressia psicogena.

Detto questo bisogna evidenziare la differenza tra psiconevrosi e disturbi psicosomatici.

Molto brevemente, perché rimando per un approfondimento al capitolo successivo,

posso dire che mentre nelle psiconevrosi sono in gioco gli affetti e le rappresentazioni mentali più o meno distorte dovute al processo di introiezione, nei disturbi psicosomatici ci troviamo ad un livello meno organizzato.

In questi disturbi sono in gioco le emozioni e soprattutto, l'incapacità di mentalizzare, ovverosia a creare immagini. Per cui l'individuo affetto da disturbo psicosomatico esprime il proprio malessere attraverso un corto-circuito emotivo-somatico, pur tenendo presente che alla base di questo cortocircuito c'è pur sempre un conflitto.

Un conflitto che non ha avuto modo e possibilità di esprimersi attraverso meccanismi difensivi elaborati ma rimane pur sempre un conflitto. Quel conflitto che nasce e si alimenta tra un desiderio degradato a bisogno, e l'ostilità nei confronti dell'oggetto da cui si dipende.

D.3) Considerazioni conclusive

La domanda che ci dobbiamo porre a questo punto è perché sono stati introdotti, e soprattutto perché hanno avuto tanto successo i sistemi di classificazione psichiatrica che chiaramente mostrano il fianco a numerose critiche.

L'introduzione dei vari DSM fino all'ultimo (DSM-VI) e dell'ICD-10 nasce sicuramente da alcune esigenze di base.

Essi si sono sviluppati non solo sulla base di una tendenza a studiare l'uomo attraverso questionari (più o meno riduttivi) e non solo per corrispondere alle esigenze di una terapia psichiatrica divenuta sempre più esclusivamente farmacologica.

Io continuo a ritenere quanto affermavo, già vari anni fa, che il DSM III-R nasce da due genitori: i tests mentali e la terapia psicofarmacologica. Genitori poco validi che hanno un unico perverso progenitore: l'economia, ovverosia la rapidità e l'efficienza

amministrativa-burocratica (l'esaminare un numero sempre maggiore di pazienti anche senza curarli).

Ma bisogna riconoscere che essi sono usati anche per altri motivi: come l'estrema variabilità delle diagnosi, la tendenza ad usare termini univoci con significati diversi, spesso la scarsa attendibilità delle diagnosi psichiatriche che rendono inutile o impossibile un eventuale confronto tra operatori che utilizzano sistemi teorici molto diversi.

La scarsa attendibilità delle diagnosi psichiatriche secondo alcuni AA. (Spitzer e Fleiss) è dovuta a diverse variabili. Come quella del soggetto, reali differenze tra i pazienti, variabili occasionali, una condizione della persona in due situazioni realmente differenti, variabili dell'informazione, variabili dell'osservazione e dell'interpretazione dei sintomi.

Tutto questo è vero e sicuramente era necessario introdurre criteri per una maggiore uniformità e attendibilità delle diagnosi: ma temo che gli strumenti attuali abbiano semplicemente ridotto il rischio della variabilità umana in una semplicistica uniformità, altrettanto pericolosa sia per il ricercatore che per il paziente. Si è tentato di ridurre questa semplificazione, introducendo, come ha fatto il DSM-IV, il sistema multiassiale che dovrebbe essere in grado di fornirci una serie più completa di dati e quindi una ipotesi diagnostica più precisa e definita. Ma non sempre, come già accennavo precedentemente, questi dati sono facilmente correlabili tra di loro. E' evidente quindi che la vera origine del DSM-IV e dell'ICD-10 è che esse nascono dall'unica esigenza di trovare un sistema uniforme di classificazione per una impostazione orientata esclusivamente in chiave biologica e soprattutto psicofarmacologica.

Ad ulteriore conferma risalta l'assoluta inutilità di questi sistemi diagnostici allorché ci si propone un progetto psicoterapeutico: la mera raccolta dei sintomi riduce l'esame del

paziente ad un interrogativo al fine del quale si redige un verbale chiamato diagnosi. Ed a nulla servono i numerosi e spesso sofisticati questionari che indagando specifiche e spesso parcellari funzioni del paziente, lo rendono sempre più anonimo e scisso.

Da tutto questo emerge chiaramente l'inefficienza diagnostica del DSM-IV in generale, ma ancora più nello specifico dei disturbi somatoformi, ove vengono accorpate patologie totalmente diverse per genesi e gravità: come la somatizzazione dell'ansia, l'ipocondria e la dismorfofobia.

Rinunciare ad una diagnosi categoriale non vuol dire ovviamente ritornare semplicemente ad una diagnosi puramente descrittiva: se la prima è riduttiva, la seconda è insufficiente. Bisogna pertanto pensare alla necessità di costruire una nosografia con un criterio multidimensionale ovvero un sistema operativo che in prima istanza tenga presente i seguenti fattori:

- a) una teoria complessiva e completa dello sviluppo psicologico;
- b) una concezione della terapia: quindi della possibilità trasformativa della psicopatologia;
- c) una metodologia di osservazione che tenga conto dell'assetto dell'osservatore e che in chiave sincronica contestualizzando la domanda: perché è insorta ora la patologia, o comunque perché ora la domanda di aiuto.

Questi parametri permettono di attivare una diagnosi che potremmo definire di status o trasversale, per passare successivamente ad una indagine più approfondita di quei dati specifici del paziente (biografici) che ci permettano una valutazione in "verticale".

Può sembrare riduttivo ma in Psichiatria rimane sempre attuale la scissione tra quelle due forme di conoscenza concettualizzate già nel 1894 da Windelband: le scienze nomotetiche e le scienze idiografiche. Le prime tendono alla formulazione di conoscenza o leggi generali, le seconde alla comprensione di eventi particolari ed

individuali. In campo psichiatrico lo studio nomotetico e quello idiografico non possono essere separati, pena la non comprensione del particolare-individuale e la rinuncia a formulare leggi generali.

In psichiatria è assolutamente necessario che il dato biografico sia inserito in una cornice nomotetica: ovverosia nella teoria dello sviluppo psichico. In assenza di questa ogni osservazione al massimo, e questo dipende dalla maggiore o minore capacità dell'osservatore, può diventare una biografia più o meno romanzata, più o meno attendibile.

Quindi la nosografia è possibile solo all'interno di una formulazione teorica.

Ed è per questo che passerò a proporre sinteticamente un modello teorico-clinico dello sviluppo psicologico che serve da cornice di riferimento.

Ultima revisione: 30 maggio 2007