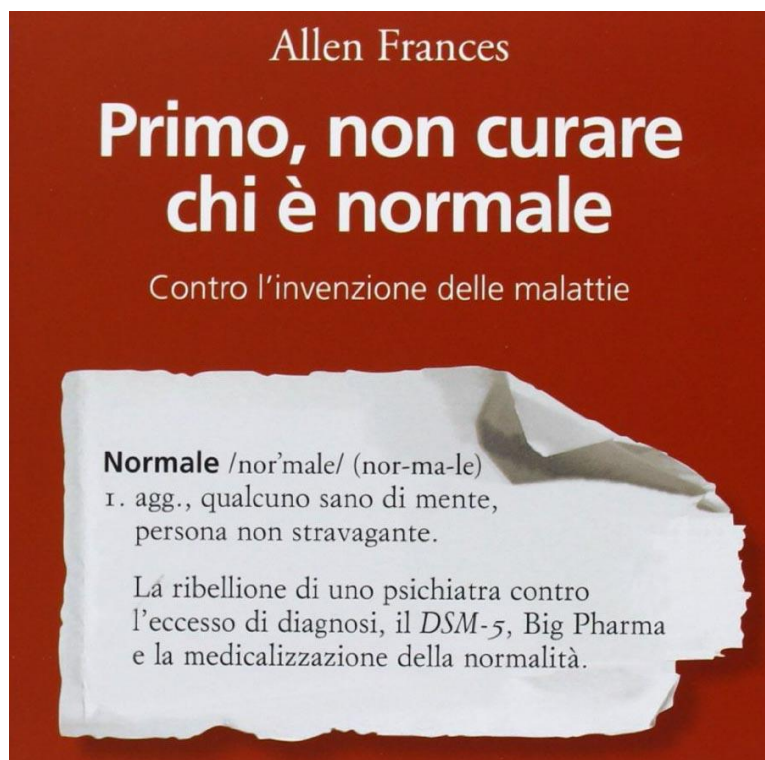


Proliferazione diagnostica e vittorie scientifiche, ovvero: dove sono finiti i normali?

di Silvia D'Autilia.



A fine '800 la psichiatria manicomiale "curava" i suoi pazzi con poche categorie diagnostiche. Benchè la scommessa, di matrice eminentemente kraepeliniana, fosse quella di differenziare il più possibile una malattia psichiatrica dall'altra, la nosografia del tempo era poco articolata e differenziata. Allorchè varcava la soglia del manicomio, il paziente era sicuramente disturbato: il problema era decidere che disturbo avesse. Osservazione, descrizione, esibizione dei sintomi erano per la psichiatria positivista le chiavi di volta del processo diagnostico, che giustificava l'internamento stesso.

Quando parliamo di sintomi e diagnosi occorre essere precisi. Col termine 'sintomo' (dal greco *symptoma*, coincidenza) s'intende in medicina il dato fenomenico di una patologia o il risultato di un processo patologico;

mentre col termine 'diagnosi' (dal greco *dia-gnosis*, conoscere attraverso) s'intende lo studio della causa e la natura di una malattia. Va da sé che nella semantica di entrambe queste parole si dà per scontata la presenza di un problema da ricercare, individuare e studiare.

Ebbene, quello che la nosografia psichiatrica da sempre pare voglia dimenticare è il condizionamento istituzionale, organizzativo, storico, politico-economico e sociale sul processo di classificazione diagnostica. (Celebre è il caso dell'omosessualità, annoverata tra le deviazioni sessuali nel DSM II datato 1968, e ritirata nel successivo, dopo le numerose proteste tenutesi tra la fine degli anni sessanta e l'inizio degli anni settanta.) Le varie edizioni del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (in sigla DSM), promosso dall'APA (American Psychiatric Association), in realtà non solo confermano questo assunto, ma dimostrano anche l'estrema fragilità del processo.

La prima versione del DSM risale al 1952 e presenta un numero di categorie diagnostiche pari a un terzo di quelle menzionate nell'ultima edizione del DSM V del 2013. Quel che è quindi accaduto nel mezzo (nel 1968 il DSM II contava 182 voci; nel 1980 il DSM III ne registrava 265; nel 1994 il DSM IV ne riportava 365) è un'evidente proliferazione diagnostica, altresì leggibile come una vertiginosa medicalizzazione della società, che richiede un conseguente impiego di farmaci.

Solo per citare dei numeri: tra il 1987 e il 2007, la statistica di coloro che nel mondo sono stati interessati da problematiche psichiatriche è passata da 1 su 184 a 1 su 76 (Cfr. M. Angell, *L'epidemia di malattie mentali e le illusioni della psichiatria*, Psicoterapia e Scienze Umane, 2, 2012, pp. 263-282.) E ancora: uno studio dell'Istituto Mario Negri ha dimostrato che nel decennio 1987-1996 si è triplicato il consumo di antidepressivi in bambini e adolescenti degli USA; mentre in Italia è salito a 28.000 il numero dei giovani non ancora 18enni che assumono antidepressivi. (Cfr. P. Migone, *Farmaci antidepressivi nella pratica psichiatrica: efficacia reale*,

Psicoterapia e Scienze Umane, 39, 2005, pp.312-322.) A proposito di mondo dell'infanzia, una nota a parte merita la diagnosi di ADHD (Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività), la cui percentuale epidemiologica sarebbe passata tra il 1993 e il 2004 da 1 bambino su 500 a 1 su 90 (*Recensioni*, Psicoterapia e Scienze Umane, A. Mancini [a cura di], XLVI,2, 2012). Ma un fatto ancora più incredibile, con ripercussioni nella più vicina attualità, si è consumato a metà degli anni 1990, quando due influenti psichiatri del Massachusetts General Hospital hanno suggerito che in molti bambini con diagnosi di ADHD fosse in realtà riconoscibile un Disturbo Bipolare molto simile a quello riferito all'età adulta. Il sintomo più evidente del disturbo doveva rintracciarsi in "un'anomala irritabilità" nel bambino. Sicché, l'iniziale ipotesi si è trasformata presto in dato nosografico, diagnosticato a caterva, e rintracciabile oggi nel DSM V nella voce "*Disturbo di disregolazione temperamentale con disforia*" (TDD), (Ivi, 279-280).

Al DSM V l'American Psychiatric Association (APA) iniziò a lavorare nel 1999. La *task force*, guidata dallo psichiatra David Kupfer, e supportata da molteplici gruppi di lavoro afferenti alle principali categorie diagnostiche, dichiarò fin da subito le intenzioni della nuova edizione: un'estensione dei confini diagnostici fino a includere nella classificazione dei disturbi anche i loro precursori. Per fare degli esempi: "*La sindrome da rischio psicotico*" e "*Il disturbo neurocognitivo lieve*" (probabilmente una sorta di Alzheimer precoce). Quando un fenomeno di questo tipo si verifica, è possibile pensare a un'analisi spettrale, che ha come finalità prima l'ampliamento della patologia, in funzione di nuove entità di disturbi individuati (es. *Spettro del disturbo ossessivo-compulsivo*).

Ma quel che è accaduto a questo punto è davvero incredibile. Allen Frances, capo della *task force* del DSM IV, espresse da subito rispetto a queste innovazioni, la sua critica spietata, fino a dichiarare in un'intervista della rivista *Psychiatric Times* che il DSM V sarà "*una miniera d'oro per l'industria farmaceutica, pagando l'enorme prezzo di molte nuove diagnosi false positive.*" (Ivi, p.278.) Quello di Frances è un'*j'accuse* molto forte che, non solo richiama il pubblico a una posizione di minore passività verso l'incalzante epidemia di falsi positivi che ci sta investendo, ma risente anche di un *mea culpa* riferito alla sua personale esperienza, raccontata nell'articolo "*I migliori e i peggiori posti del mondo per essere malati di mente*" (www.newsforumsalutementale.it). Frances raccoglie le sue critiche in un libro edito in Italia da Bollati Boringhieri nel 2013 col titolo: "*Primo, non curare chi è normale. Contro le invenzioni delle malattie.*" In copertina si vede la pagina di un dizionario alla voce 'normale' e, dopo la trascrizione del significato che ha tradizionalmente nella nostra lingua questo aggettivo, si legge: "*La ribellione di uno psichiatra contro l'eccesso di diagnosi, il DSM 5, Big Pharma e la medicalizzazione della normalità.*" Un tris vincente – verrebbe da commentare! - un triangolo che ci vede vittime predilette delle vittorie scientifiche e dei traguardi di un paradigma tecnologico che forse non ha eguali nelle altre aree della medicina.

Negli ultimi anni, non a caso, il *British Journal of Psychiatry* ha pubblicato una serie di editoriali (<http://bjp.rcpsych.org/>) intenti a sottolineare l'importanza di un'identità ancora più tecnologica, farmacologica e neuroscientifica per la disciplina psichiatrica. Questi editoriali che dal 2008 a oggi sono stati firmati da singoli psichiatri o équipes di lavoro si trovano in perfetta sintonia con le rivendicazioni sempre più frequenti della psichiatria statunitense più sensibile ai risultati delle neuroscienze. Per questi professionisti la psichiatria dovrebbe diventare "*una sorta di neuroscienza clinica*", da trattare con gli stessi strumenti e metodi della medicina dei tessuti (Cfr. *Una psichiatria al di là dell'attuale paradigma*, Psicoterapia e Scienze Umane, 2013, XLVII, 1, 9-22). Il nocciolo di queste posizioni potrebbe essere rintracciato in un 'paradigma' cosiddetto 'tecnologico' che riporta in auge il modello positivista, corona il sogno kraepeliniano di un'alterazione organica alla base delle malattie e così potrebbe sintetizzarsi: a causare i disturbi delle malattie mentali ci sono alterazioni meccaniche e fisiologiche; tali alterazioni sono indipendenti dal contesto in cui la persona vive; anche gli interventi devono essere quindi indipendenti dal sistema di relazioni e valori dell'individuo.

A queste posizioni non viene difficile accostare per contrasto le critiche conseguenti di quanti hanno ritenuto un tale paradigma "*un cattivo servizio reso alla psichiatria*" (si veda per esempio: M. Angell, *L'epidemia di malattie mentali e le illusioni della psichiatria*, 2011, cit.) e alle persone che la psichiatria intende curare, già turbate dalla loro sofferenza. In quest'ordine di discorsi s'inserisce anche la problematizzazione del concetto di 'normalità' che Frances conduce nel suo testo. Non ci

sarebbero sistemi filosofici, di discorso, cultura o pagine di dizionari (in contraddizione con la copertina del libro) effettivamente in grado di rendere conto esaustivamente di questa parola, il cui valore sociale deve apparire invece così evidente e chiaro a tutti i podisti della corsa diagnostica e farmaceutica!

Rispetto a questa constatazione, Frances ripercorre nel testo, come in una sorta di redenzione personale, il *modus operandi* della nosografia psichiatrica, invitando a una maggiore consapevolezza del potere che deriva dal connubio tra proliferazione diagnostica e conseguente ricorso ai farmaci. Non solo. Sulla rivista online *Psichiatria di Comunità*, 1, 2012, Frances sferra con l'articolo *"Il Dsm nel paese della filosofia"*, ripubblicato in *aut aut* 357, 2013, un attacco decisivo alla psichiatria biologica e al suo metodo classificatorio troppo descrittivo, realista, e quindi cagione della sua stessa crisi:

"La psichiatria biologica non è riuscita a fornire una spiegazione tempestiva e convincente di nessun disturbo mentale. Questo perché non è stata in grado di ovviare al difetto fondamentale e intrinseco dell'approccio biologico "realista": i disturbi mentali non sono evidentemente "là fuori" in attesa di una spiegazione. Essi sono costrutti che abbiamo inventato, che spesso non si rivelano del tutto adatti allo scopo. Per esempio, abbiamo capito che non esiste un prototipo di "schizofrenia" che possa essere spiegato grazie a un modello biologico incisivo e convincente. Non c'è un gene o un sottoinsieme di geni della schizofrenia. [...] Per come stanno le cose attualmente, la definizione e i confini della schizofrenia sono necessariamente arbitrari. Non è chiaro quale sia la strada giusta per diagnosticare questo groviglio e non c'è nemmeno una grande intesa su quali dovrebbero essere i criteri di validazione e come applicarli. Il primo arbitro è stato esonerato quando il santo graal della scoperta della causa della schizofrenia si è rivelato essere una specie di caccia all'impossibile. [...] Purtroppo ho letto decine di definizioni di disturbo mentale (ho anche contribuito a scriverne una), e posso dire che nessuna ha il benchè minimo valore. [...] Inoltre, il concetto di disturbo mentale è così amorfo, multiforme ed eterogeneo che sfugge strutturalmente a ogni possibile definizione. [...] Se la task force che sta lavorando al DSM V (previsto per il 2013) proseguisse sulla sua strada, avremmo una medicalizzazione di massa per ogni tipo di deficit (perdita modesta di memoria con l'invecchiamento), di sofferenza (tristezza, ansia mista a depressione), di problemi di autocontrollo (abbuffate alimentari), di eccentricità (rischio psicotico), d'irresponsabilità (discontrollo degli impulsi sessuali) e di criminalità (stupro, attività sessuale fra minori). Eppure, nessuno delle gravi diagnosi proposte supera neppure parzialmente la grossolana definizione standard di disturbo: "ciò che viene curato dai clinici." [...] Le nuove proposte hanno tutte in comune il problema di dilatare notevolmente il range dei "disturbi mentali" a spese della normalità. Milioni (forse decine di milioni) di "pazienti" falsi positivi riceverebbero trattamenti inutili e dannosi."

Nelle righe successive Frances non risparmia le sue preoccupazioni per il futuro e per il rischio che, in balia di un'epidemia sempre più incisiva e dilagante, le persone assumano farmaci inutili, ritenendo di essere affette da un disturbo riconosciuto a livello scientifico, e non considerando che ogni diagnosi possa avere una valenza puramente descrittiva e convenzionale.

Così, se da una parte stiamo assistendo alla dilatazione nosografica di cui il DSM V è portavoce, dall'altra abbiamo sempre più difficoltà a circoscrivere il concetto di normalità, che forse, a questo punto, un concetto non è, ed in questa sua inafferrabilità rispecchia la debolezza stessa di una disciplina così fiduciosa nella tecnica, nei progressi della scienza e nei traguardi del futuro, da aver dimenticato chi è l'uomo e il suo essere-per-l'uomo.

"Ridurre la dissociazione che molti da tempo avvertono tra enunciati e pratiche nel campo delle politiche della salute mentale è il motivo fondante la proposta di lavoro del Forum per la Salute Mentale di cui abbiamo voluto la nascita e proponiamo qui lo sviluppo..."

FONTE:

Forum salute mentale

pubblicato su:

SSANI A