

VECCHIE E NUOVE PSICOPATOLOGIE: REALTÀ O ARTIFICIO?

NICOLA LALLI*

© 2003 NICOLA LALLI SU WEB

Negli ultimi decenni il panorama diagnostico e quindi nosografico della psichiatria è notevolmente cambiato: da una parte l'emergenza di patologie nuove, o perlomeno ritenute tali, dall'altra la tendenza *transnosografica*, con particolare riferimento alla depressione, termine talmente inflazionato da essere reso vuoto e sterile contenitore di molte e diverse psicopatologie.

Di fronte a questo fenomeno è doveroso porsi, perlomeno, due quesiti.

Il primo attiene alla realtà di questi cambiamenti: è mutata la psicopatologia o sono invece mutate semplicemente le etichette diagnostiche?

Il secondo riguarda, qualunque sia il giudizio circa la realtà o artificiosità di tale fenomeno, *quali ne siano le cause*. Sono convinto che il fattore determinante sia da ricercarsi nell'ambito di cambiamenti culturali: riproponendo, ancora una volta, lo stretto legame tra psichiatria e cultura che trova nella psichiatria (trans)culturale, lo strumento scientifico più adeguato di indagine.

In questo contesto cercherò di proporre una lettura di come e perché siano cambiati la *rappresentazione della malattia mentale*, il *significato della sofferenza psichica* e l'*idea di cura in psichiatria*, questo non solo nell'immaginario dei possibili utenti, ma anche e soprattutto in quello degli operatori siano essi medici generici, psichiatri o psicologi.

Per semplicità e chiarezza mi riferirò a tre specifiche patologie: gli attacchi di panico, la depressione e la cosiddetta "patologia della normalità".

Attacchi di panico. In questi ultimi cinque anni, presso il Servizio Speciale di Psichiatria e Psicoterapia, abbiamo esaminato attentamente numerosi casi clinici che ci venivano inviati da psichiatri o medici di base con la diagnosi di "attacchi di

* Titolare di Clinica Psichiatrica. Dirigente del Servizio Speciale di Psichiatria e Psicoterapia, Università "La Sapienza" Roma.

panico”. Alcuni di questi erano al primo episodio, altri invece già in trattamento psicofarmacologico. Abbiamo esaminato complessivamente un campione di 240 casi che mostrava una prevalenza del sesso femminile ed un’età media di circa 23 anni. Ad un attento esame psicodinamico abbiamo constatato che in circa il 65% (pari a 156 pazienti) si trattava di diagnosi impropria. Abbiamo riscontrato infatti una netta prevalenza di disturbi ascrivibili a caratteri isterici o patologie francamente isteriche (circa il 40%); mentre in circa il 20% si trattava di una depressione nevrotica (distimia), in un 15% di sindromi anoressiche iniziali, lo stesso valore si presentava per psiconevrosi a evidente struttura fobica, mentre in circa il 10% dei casi abbiamo riscontrato l’inizio di una possibile sindrome schizofrenica. Dei restanti 84 casi (pari quindi al 35%) si trattava di sindromi ascrivibili a psiconevrosi d’ansia e soprattutto sindromi reattive a situazioni esistenziali spesso attinenti con problemi di separazione. Possiamo includere solo queste ultime situazioni cliniche nella dizione di “attacco di panico”, anche se non ne vedo l’utilità né sul piano terapeutico né tanto meno su quello metodologico. Pertanto mi sento di affermare che la diagnosi di “attacco di panico” è inflazionata, quando non completamente sbagliata e comunque troppo vaga e generica per un corretto uso clinico. Purtroppo nell’immaginario sia dei potenziali pazienti (che spesso si autodiagnosticano tale psicopatologia) sia in quella del medico generico o dello psichiatra, questa diagnosi mantiene un forte impatto emotivo e cognitivo, perché sostenuta dall’idea che esistano psicofarmaci altamente selettivi e potenti per questa particolare sindrome.

Depressione. Entro il 2020, secondo le previsioni dell’OMS, la depressione costituirà la seconda causa di invalidità nel mondo occidentale subito dopo le malattie vascolari. Non credo che in questo computo siano state considerate anche le cosiddette depressioni “sottosoglia”: in caso affermativo credo che alla depressione possa toccare l’onere del primo posto.

A cosa è dovuta questa crescita esponenziale della depressione? E’ aumentata effettivamente la sindrome che chiamiamo depressione, oppure questo termine è

diventato un contenitore abnorme che raccoglie psicopatologie diverse, accomunate dall'unico motivo di essere curabili con farmaci antidepressivi?

Vorrei far notare che, in quest'ultimo caso, ci troveremmo di fronte ad una tautologia, scorretta sia sul piano clinico che su quello metodologico. Infatti gli antidepressivi, che tra l'altro sono composti chimici molto diversi fra loro e con diversi meccanismi di azione, sarebbero definiti tali sulla base della loro utilità nei casi di depressione, mentre la depressione sarebbe quell'entità definita tale perché sarebbe curata dai farmaci antidepressivi. Con buona pace della psicopatologia e della clinica.

Ad ogni modo, prima di rispondere agli interrogativi di cui sopra, vorrei sottolineare che sicuramente l'espressività clinica della depressione è cambiata in questi ultimi decenni, come dimostrano numerosi studi di psichiatria transculturale, con la diminuzione dei sensi di colpa a fronte di un aumento dell'idea di insufficienza e di incapacità. Questa mutazione fenomenologica-qualitativa della depressione è legata ad un diverso ruolo del soggetto nella cultura occidentale, a partire dagli anni '50. "Il sisma della emancipazione" (A.Ehrenberg), tipico fenomeno degli anni '60, ha comportato una mutazione dello statuto del soggetto. Mentre prima il cittadino era sottomesso alla responsabilità ed alla disciplina che implica un divieto, il cui non rispetto comporta il senso di colpa, attualmente egli è sottoposto al dovere della capacità, del successo, dell'efficacia personale, il cui fallimento comporta, al posto del senso di colpa, quello dell'incapacità. Ad una genesi conflittuale si sarebbe sostituita, secondo il sociologo francese, una genesi difettuale o genericamente di impotenza. Quindi l'espressività psicopatologica della depressione è cambiata: ma questo non spiega assolutamente la vertiginosa, esponenziale crescita di tale sindrome, crescita che tra l'altro dovrebbe essere ingiustificata dal momento che vengono proposti sempre nuovi, più specifici ed efficaci rimedi psicofarmacologici per la cura della depressione. Cercherò di evitare la facile ironia polemica di poter addirittura considerare la cura stessa come causa dell'aumento del disturbo che

dovrebbe curare; comunque dobbiamo seriamente chiederci quali sono i motivi di questa lievitazione della sindrome depressiva.

Un primo fattore è sicuramente legato alla terapia psicofarmacologica che a sua volta è stata potenziata dalla cultura della droga intesa sia come incapacità a sopportare qualsiasi sofferenza psichica sia come richiesta compulsiva di una pillola pur di attenuare qualsiasi malessere: senza ovviamente cercarne né le cause né eventuali alternative. E' una singolare coincidenza che terapia farmacologia della depressione, aumento dei casi di depressione e fenomeno della droga di massa, siano andati di pari passo a partire dagli anni '60. Pertanto possiamo condividere quanto afferma il sociologo francese A. Eherenberg. *"...Alimentando la speranza di rimuovere con opportuna stimolazione dell'umore, la sofferenza psichica di soggetti magari non propriamente depressi, la nuova classe di antidepressivi, di cui il Prozac è il capofila, incarna a torto o a ragione la possibilità illimitata di manipolare la nostra sfera interiore per farci sentire migliori. Cosicché non sembra più esserci distinzione tra curarsi e drogarsi".*

Un secondo fattore è legato alla politica aziendale delle case farmaceutiche, che hanno privilegiato l'immissione sul mercato di farmaci antidepressivi meno potenti ma sicuramente con minori effetti collaterali. Mentre i triciclici erano somministrati quasi esclusivamente dagli psichiatri, a causa dei frequenti e spesso pericolosi effetti collaterali, la creazione di nuove classi (mi riferisco in particolare agli SSRI) ha permesso, proprio a causa della scarsa incidenza degli effetti collaterali, che oggi siano i medici di base a prescrivere la terapia antidepressiva con estrema facilità e con altrettanta estrema superficialità. Questo aumento della produzione e del consumo degli antidepressivi, basato sull'assenza di una corretta diagnosi psichiatrica, ha comportato un ulteriore problema: la tendenza transnosografica. Ovvero le diagnosi sono diventate inutili sottigliezze semiologiche: di fronte a qualsiasi malessere psicopatologico, che abbia una pur minima somiglianza con la depressione (confondendo così spesso il sintomo con la sindrome) o a qualsiasi richiesta del paziente di un farmaco antidepressivo, questo viene prescritto. Vorrei

immediatamente sottolineare la gravità di questo fenomeno soprattutto sul piano epidemiologico: poiché il numero dei casi di depressione viene dedotto dalla quantità della vendita di psicofarmaci antidepressivi, è ovvio che c'è una falsa causa all'origine del supposto aumento dei casi di depressione.

Infine un ulteriore fattore è legato ad un fenomeno singolare, ma scarsamente considerato. Sicuramente molti pazienti non tollerano l'idea di essere considerati malati di mente né tanto meno di poter avere problemi psicologici, mentre tutti accettano di buon grado una diagnosi di depressione. Cioè la diagnosi di depressione non viene negata a nessuno, e nessuno rifiuta una diagnosi del genere. Come mai? Semplicemente perché nessuna diagnosi psichiatrica viene vissuta ed equiparata ad un disturbo di tipo organico come la depressione. Anzi depressione significa origine organica del disturbo psichico: così non c'è nulla di cui vergognarsi, ma anche nulla su cui interrogarsi. Pertanto la diagnosi di depressione equivale ad una diagnosi di organicità che, se da una parte comporta la negazione di una origine psichica, e quindi elimina ogni responsabilità ed introspezione, dall'altra rassicura il paziente, data la convinzione dell'esistenza di farmaci potenti, selettivi, sicuramente in grado di curare o guarire la sindrome depressiva. Non è un caso che la depressione viene sempre più equiparata da molti psichiatri ad una malattia organica e prevalentemente cronica, come il diabete. Si afferma da parte di numerosi psichiatri che in fondo il depresso è molto simile al diabetico e come tale ha bisogno di una cura sostitutiva protratta nel tempo. La verità è che non c'è alcun rapporto tra diabete e depressione, nemmeno per analogia. Mentre del diabete noi conosciamo esattamente l'eziopatogenesi, che ha permesso una cura adeguata (insulinoterapia o altri prodotti che agiscono sull'alterato metabolismo glucidico), della depressione noi conosciamo solo la tautologia e cioè che è "quella cosa" che sarebbe curata dagli antidepressivi. Inoltre con l'introduzione degli SSRI è cambiato il percorso clinico del paziente: mentre prima con i triciclici c'era un soggetto malato, ma comunque guaribile nell'arco di qualche mese, per lo meno dall'episodio acuto, e quindi nel peggiore dei

casi con delle ricadute, ma anche con intervalli liberi, attualmente c'è un individuo a cui si attribuisce una patologia cronica inguaribile.

Patologia della normalità. Negli ultimi anni una serie di episodi delittuosi che hanno avuto come protagonisti soggetti ritenuti perfettamente normali, hanno richiamato, forse in maniera eccessiva, l'attenzione dei media, spinti dalla generale curiosità a comprendere come fosse possibile che individui lucidi e completamente "normali", almeno a giudizio del contesto ambientale, potessero commettere efferati, quanto immotivati delitti. Molte le ipotesi proposte da numerosi psichiatri, in particolare quelli "gettonati" dalle trasmissioni televisive: i soliti fattori socio-ambientali, la pericolosità della TV, la disgregazione familiare, la mancanza di dialogo etc. Io personalmente ritengo che l'unica spiegazione valida, anche se da esplorare ulteriormente è che questi comportamenti delittuosi siano espressione di un disturbo psicotico non riconosciuto come tale, proprio per la normalità comportamentale di tali soggetti. Dire disturbo psicotico è molto vago, allora ritengo che si debba ricordare una sindrome, ormai scomparsa dai testi di psichiatria, che veniva definita schizofrenia latente, schizofrenia pseudonevrotica, schizofrenia ambulatoriale etc. Personalmente ritengo più idonea la dizione di schizofrenia latente. Si tratta di soggetti che presentano un comportamento nei confronti della realtà materiale pressoché normale, mentre hanno disturbi molto gravi a carico sia del pensiero che dell'affettività. Già Bleuler nel 1911, nel descrivere il quadro della schizofrenia latente affermava: "...Vi si ritrovano in nuce tutti i sintomi e tutte le combinazioni della patologia conclamata. Sono persone irritabili, strambe, capricciose, esageratamente puntuali...". Quest'ultima notazione di Bleuler ha costituito a proposito di un caso clinico venuto agli onori della cronaca per un fatto delittuoso, come la puntualità esasperata fosse un valore talmente importante da non far vedere il loro mondo interno desertificato (vedi la sezione "Psichiatria e diritto" nel Sito Web citato in seguito).

Le caratteristiche fondamentali della schizofrenia latente sono: un disturbo del pensiero di tipo dereistico ed un'affettività carente o assente: il che comporta un

normale rapporto con la realtà materiale a fronte di una totale alterazione del rapporto interumano.

Spesso sono presenti disturbi ansiosi: si tratta di un'ansia pervasiva e diffusa che non è segno di conflitto ma di vuoto esistenziale che spesso superficialmente induce a diagnosticare una psiconevrosi (magari qualche volta come attacco di panico).

Il DSM III R e successivamente il DSM IV hanno ritenuto opportuno eliminare questa sindrome considerata poco plausibile, sostituendola con due categorie nosografiche, il “Disturbo schizotipico di personalità” e il “Disturbo schizoide di personalità”, che non racchiudono però la intera complessità di questa patologia.

La realtà è che questa sindrome non si lascia racchiudere in sintomi descrittivi e oggettivabili alla semplice osservazione.

La diagnosi è possibile solo all'interno di una relazione empatica, che ci permette di avvertire questa particolare struttura psicopatologica.

Il tratto caratteristico è, infatti, l'indifferenza, che non deriva soltanto dalla dinamica di annullamento della realtà umana, ma è anche e soprattutto tendenza alla omologazione, cioè alla incapacità di cogliere e di porre delle differenze.

Per questi pazienti il valore semantico delle parole, come il significato dei loro comportamenti è totalmente scollegato dalla realtà e dal modo comune di intendere. Si costituisce così una visione della realtà totalmente piatta, ove però resta la capacità di gestire la realtà materiale e quella umana, uniformandosi però totalmente alle regole esteriori, alla pura formalità. Anzi la formalità, l'adeguamento alle regole sociali abituali a volte diventa per loro non solo la possibilità di vivere, ma anche una sorta di feticcio. L'ossequio delle regole formali è a volte francamente esasperato.

Questa modalità li fa sembrare “normali” alla maggior parte della gente.

In realtà si costituisce una particolare forma di *dereismo*, che non è assimilabile né alla schizofrenia eclatante (perché manca la stolidità, la fatuità, l'incongruenza), e nemmeno alla paranoia.

Del paranoico questi pazienti sembrano avere l'assoluta lucidità e determinazione nell'azione, ma mentre nel paranoico l'alterazione della realtà rimane stabile, in questi casi invece tutto è uguale a tutto: e questo sembra essere un tratto veramente patognomonic.

Quale può essere una possibile spiegazione?

Certamente la Tv o altri mezzi mediatici, con la creazione di una realtà virtuale, quindi parallela a quella reale, cambiabile e cangiante, potrebbero avere un effetto patogenetico.

Ma un dato che vorrei sottolineare è che molti di questi soggetti appartengono a famiglie in cui l'intero gruppo familiare o solo alcuni membri fanno parte di sette religiose fondamentaliste. Forse non è una coincidenza: la creazione e la credenza in una realtà totalmente nuova, diversa, ma altresì indiscutibile e incontrovertibile, potrebbe essere un fattore patogenetico di non scarsa rilevanza.

Questi pazienti si manifestano in tutta la loro gravità allorquando la loro psicopatologia li porta a commettere atti criminosi.

Mi sembra necessario precisare a questo punto che non voglio assolutamente affermare che pazienti con tale sintomatologia siano indotti facilmente a compiere atti delittuosi. Anzi sono piuttosto rari, ma semplicemente che a volte è l'atto delittuoso efferato e incomprensibile che induce ad approfondire la psicopatologia del soggetto e trovarsi così di fronte a situazioni che, come dicevo prima, sono di tipo psicotico.