

Prefazione

La Psichiatria Moderna come Scienza Olistica

Per gli studenti che si accingono ad affrontare una disciplina medica nuova è sempre necessario creare una “cornice” concettuale che serva da *fil rouge* per immergersi in aspetti e problematiche non incontrate in precedenza. Ciò vale per tutte le branche che si affrontano ma vale ancor più per la Psichiatria Clinica, che in realtà non ha apparentemente diretti legami (se si escludono le scienze neurologiche e la farmacologia) con le altre discipline mediche. Si diceva in apparenza perché, in realtà, come si dirà più avanti, la disciplina psichiatrica consiste di contributi teorici e clinici, che le vengono dalle diverse branche medico-chirurgiche, comprese le urgenze.

D’altro canto, aspetti psichiatrici sono riscontrabili in varie situazioni patologiche sia di Medicina generale che specialistica.

Ciò detto, è necessario cercare anzitutto di collocare la Psichiatria in una corretta e moderna ottica clinica e vale pertanto la pena richiamare rapidamente la storia di questa disciplina, che in realtà coincide con la storia della Medicina. Infatti, Ippocrate considerava le malattie mentali come disfunzioni di “umori” biologici (flegma, bile, sangue ecc.) e collocava la loro genesi in organi lontani dal cervello, come il fegato ed il cuore: il cervello subiva l’azione patogena di questi altri apparati. Si trattava di una visione puramente organicistica (ad esempio Ipocondria come disfunzione degli organi collocati negli ipocondri o melancolia con bile scura che colorava il cervello) senza accenni di tipo psicologico e priva di un coinvolgimento diretto del cervello. Si è poi passati a considerare nel Medioevo la malattia mentale in termini religiosi come dimostrazione dell’effimero dell’esistenza, e la follia come segno divino di punizione e ridimensionamento dell’individualità, legato ai peccati commessi (il termine “ossessioni”, ad esempio, deriva dal considerare certe idee o condotte dovute all’“assedio” del demonio). Si è poi passati nel ‘700 ed inizi ‘800 alla fase meccanicistica, in cui il cervello era la sede della malattia, sebbene fattori come il magnetismo o le infezioni fossero alla base della patologia. Si iniziava, tuttavia, ad avvertire l’inserimento di aspetti filosofici (più esattamente psicologici): lo studio dell’anima era anche lo studio delle malattie dell’anima – certo in senso puramente speculativo e non più religioso ed etico – creandosi una dicotomia tra le scienze neurologiche e la psicologia (dominio dei filosofi), che risaliva al dualismo mente-corpo di Cartesiana memoria. Il cervello appariva vagamente collegato ad eventi psicopatologici ed i “mali dell’anima” erano fundamentalmente concepiti in senso spirituale/romantico. Da qui la radice psicologico-filosofica riorganizzata non in senso clinico e pragmatico della psicoanalisi freudiana che, pur non negando

l'importanza del cervello e del suo disfunzionamento, introduceva variabili incontrollabili quali l'inconscio per spiegare tutto in termini psicologici, comprese le malattie mentali ed il concetto della curabilità esclusivamente con metodiche psicologiche. Solo alla fine dell'800 prendeva piede una visione clinica sistematica della malattia mentale che non era più solo psicologica o spiritual/romantica, espressione della sofferenza (vedi Goethe, Foscolo ecc.) ma tipologia clinica, da classificare come le piante di Linneo o le malattie del corpo in generale. In particolare Kraepelin è stato il primo a fare della semeiotica clinica il punto di partenza per il riconoscimento dei segni e dei sintomi di Disturbi categoriali diversi, alla stregua dei reumatismi o della tubercolosi. Ma è solo con gli anni '50 e con l'avvento della moderna Psicofarmacologia, ossia con il primo composto in grado di agire sui sintomi psicotici facendoli regredire non in modo momentaneo ed aspecifico (come facevano i barbiturici, ad esempio) ma in maniera duratura e specifica, che nasce la moderna clinica psichiatrica ed insieme ad essa la possibilità di cure mentali specifiche sulla base di ipotesi biopatogenetiche biologiche per i più gravi Disturbi mentali. Infatti, dall'analisi della Tipologia Clinica, unita alla capacità di terapia specifica, dallo studio del decorso trasversale e longitudinale e degli importanti contributi delle Neuroscienze (con esami mirati tipo TAC, MR, PET) il volto della Clinica Psichiatrica è cambiato di 180° rispetto ai tempi in cui il sottoscritto era studente di medicina interessato a cercare di capire cosa fosse la follia e perché si diventasse "matti", ricevendo poche risposte scarsamente convincenti.

Oggi sappiamo che le malattie mentali si possono classificare al pari di altri disturbi, che sono curabili con metodologie simili a quelle della Medicina Generale (farmaci o terapie somatiche ecc.), oltre che con quelle psicologiche. Si tratta di patologie che possono essere diagnosticate in modo specifico ed accurato con moderni criteri diagnostici e sappiamo che non esistono "peccati di base" o esperienze fantastiche o romantiche che possono spiegare tali patologie, così come sappiamo che l'ambiente gioca un ruolo essenziale nell'interagire con la predisposizione genetica ad un determinato disturbo psichiatrico. Oggi la biologia molecolare ci mostra sempre più spesso con caratterizzazioni genetiche a livello di polimorfismi dei sistemi di regolazione omeostatica – di cui si accennerà nel Volume – quanto alcuni comportamenti o specifiche disfunzioni di meccanismi neurotrasmettitoriali, associate alla presenza di alcuni Disturbi Psichiatrici, siano in parte geneticamente determinate.

Ma vorrei trattare brevemente altri aspetti, che riguardano: a. la multifattorialità etiopatogenetica; b. l'attuale classificazione come base fondamentale per procedere correttamente all'interno della complessa realtà dei Disturbi mentali; c. il rapporto con le altre discipline mediche; d. l'impatto sociale dei problemi psichiatrici.

a. La multifattorialità etiopatogenetica è fondamentale per capire la complessità delle malattie mentali ancora più che per quelle di natura medica. Vi sono fattori genetici ed epigenetici che si mescolano in varia misura ed in

futuro la ricerca biologica potrà certo chiarire fino a che punto gli aspetti genetici contino (come per l'artrite reumatoide o altre patologie ereditarie), nel senso che, per attualizzarsi, una certa vulnerabilità o predisposizione ha bisogno di fattori esterni scatenanti, o *life events*, eventi di vita avversi che precipitano in malattia un *minus* potenziale che sarebbe potuto rimanere latente per tutta la vita del soggetto. Si consideri ad esempio una carnagione chiara che è più prona a scottature e che, se non si espone per periodi prolungati al sole, presenta un rischio di scottature uguale a quello di chi ha la pelle più scura: il paziente deve essere attentamente valutato sia in funzione della predisposizione o vulnerabilità genetica, che di fattori scatenanti sfavorevoli di tipo ambientale.

- b. Per quanto riguarda gli aspetti classificatori, essi sono cruciali perché chiari-scono i criteri di valutazione alla base del "concetto di malattia mentale": il paziente psichiatrico non appare più "vittima della società", "deviante", come si proponeva negli anni '60 o '70, negando l'esistenza della patologia mentale più grave, ma è un paziente a tutti gli effetti, come in altri tipi di patologie, che necessita di diagnosi, prognosi e trattamento. Certo la patologia mentale va, come si vedrà, da una polarità meno grave, che consente al soggetto di convivere con gli altri, anche se in modo sofferto, e tuttavia di riuscire a farlo nonostante la presenza di sintomi o disturbi psicotici, a varianti estremamente gravi che tagliano fuori il soggetto dal rapporto con il mondo e la realtà circostante, anche se non in senso romantico/filosofico od antipsichiatrico (come consapevole scelta di vita); questo perché i sintomi di tipo allucinatorio o delirante rendono impossibile convivere con gli altri e determinano un progressivo isolamento ed autosegregazione. La realtà di tali pazienti non è più quella dei loro vicini o dei loro familiari, ed assolutamente non si tratta di "scelte" coscienti né incoscienti del soggetto ma determinate dalle variabili che abbiamo sopra elencato. C'è un *climax*? Crescendo la gravità di un disturbo mentale vi è un incremento direttamente proporzionale del carico genetico-familiare, mentre l'importanza di fattori ambientali scatenanti sarebbe minore e parrebbe inversamente proporzionale alla predisposizione psicotica genetico-familiare (madri, padri o fratelli malati). Ora, tornando alla classificazione dei vari disturbi, essa presuppone, come recitano il DSM III e il DSM IV, il fatto che i sintomi di per sé rendano impossibile al paziente il funzionamento e che ovviamente la scomparsa o riduzione degli stessi gli faccia riprendere tali capacità. La "sofferenza" del soggetto, che una volta era ritenuta un aspetto fondamentale per definire la malattia mentale, ora lo è meno, nel senso che, pur essendo spesso presente, non è indispensabile, mentre l'interferenza con le attività abituali dell'individuo è fondamentale per fare diagnosi di malattia. Anche il disagio legato a condizioni ambientali sfavorevoli può rendere difficile la nostra vita, ma non interromperne il filo: non riesce a creare una cesura insanabile nel tessuto esistenziale dell'individuo, come invece fa la malattia mentale nei casi più gravi.

- c. Per quanto riguarda i rapporti con le altre discipline mediche, essi avvengono in doppio senso. Da un lato esistono delle modificazioni di parametri vitali, endocrini, immunitari ecc. che possono agire sul funzionamento del Sistema Nervoso Centrale, ma è altresì vero che stress cronici e/o malattie mentali possono modificare lo stato di funzionamento di organi quali il cuore, il fegato o lo stesso cervello. Infatti si è osservato come vi sia una riduzione della speranza di vita nel corso di infarto cerebrale o miocardico nel caso di coesistente disturbo depressivo, così come disturbi emozionali possono essere causa di disturbi sessuali o di modificazioni della fisiologia di organi ed apparati, quali il fegato (ad esempio modificazioni della sintesi di colesterolo) ed i polmoni (asma), o facilitare le infezioni alterando il sistema immunitario.
- d. D'altro canto la Psichiatria nella nostra pratica medica quotidiana non convive solo con i disturbi cosiddetti funzionali (malattie psicosomatiche di una volta) ma vive nel quotidiano riscontro di problematiche sociali quali la droga, l'alcolismo, il suicidio delle persone più deboli, degli adolescenti e degli anziani. Anche in questo caso, i drammi che si leggono quotidianamente devono dare la misura a chi studia da medico che i Disturbi del comportamento sono derivati da problematiche mentali che, spesso unite a contesti degradati socialmente, producono una miscela esplosiva. Tali situazioni necessitano dell'esperienza di medici generali ed esperti, cogniti del fatto che, alla base degli abusi di droga o alcol nei giovani, così come nel suicidio, non vi siano solo disagi psicologici, ma anche esordi di disturbi mentali che vanno individuati precocemente e trattati altrettanto rapidamente. Il non agire in tal senso è causa sempre più evidente di sofferenze (non sempre solo da disadattamento) dovute ad ansia o depressione insorte in soggetti giovani che non vengono diagnosticati né curati per tali sintomi. Pertanto un'acquisizione fondamentale della moderna Psichiatria è rappresentata dalla prevenzione e dalla precocità dell'intervento terapeutico, sia esso di tipo psicoterapico che psicofarmacologico, cercando di monitorare il "disagio", perché dietro questo spesso aspecifico fenomeno del nostro tempo (dovuto a frenetici ritmi di vita, a standard elevati da raggiungere ecc.) si celano fragilità dovute a non riconosciuti disturbi depressivi o d'ansia, che finiscono con l'essere oggetto di autoterapia con alcool e sostanze stupefacenti.

Infine un breve cenno all'importanza del rapporto medico/paziente, già sottolineato in vari momenti della formazione dello studente in medicina e, tuttavia, meritevole di un'ulteriore menzione in questa sede. Il colloquio clinico rappresenta, infatti, ancora il momento fondamentale della diagnosi psichiatrica, ed è un momento critico di scambio e interazione tra il paziente, i suoi vissuti e i suoi sintomi e lo psichiatra che a sua volta accede al colloquio con le sue particolari capacità, emozioni ecc. Oggi, peraltro, è sempre più forte la richiesta di umanizzare la medicina o forse, più correttamente, di riumanizzare il rapporto medico-paziente. Così se da un lato le acquisizioni neurobiologiche all'interno della

Psichiatria riavvicinano di diritto questa disciplina all'interno delle neuroscienze, dall'altro l'unicità della sofferenza mentale in generale, e del paziente con Disturbi Psichiatrici in particolare, non può giocoforza ridurre le malattie mentali – lievi o gravi che siano – alla mera espressione di un insieme di anomalie e deficit neurochimici, necessitando di un approccio dinamico, individualizzato, complesso e, soprattutto, umano. Approccio quest'ultimo che in qualche modo ancora caratterizza la Psichiatria, e la distingue dalle restanti discipline mediche.

Milano, Settembre 2009

Carlo Altamura

Professore Ordinario di Psichiatria

Università degli Studi di Milano

Direttore U.O. di Psichiatria IRCCS Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena