

Diagnosi nosografia e diagnosi esplicativa

La diagnosi nosografica

La diagnosi nosografica ha come riferimento il modello medico della diagnosi delle malattie somatiche, e si basa sull'assunto che i disturbi psicologici, al di là della loro origine organica, psichica o socio ambientale, possano essere descritti come entità distinte l'una dall'altra sulla base di specifici insiemi di segni e sintomi.

Quest'assunto, anche se non è accettato in modo unanime e acritico¹ da coloro che si occupano della salute mentale, ha comunque il merito di favorire la ricerca di criteri condivisi che permettono ai clinici di comunicare fra loro i risultati delle loro osservazioni e trattamenti. Per una corretta comunicazione fra clinici è, infatti, necessario che essi s'intendano sul quadro psicologico dei loro pazienti, e per rendere valida e affidabile quest'intesa è indispensabile possedere un sistema condiviso di categorizzazione delle varie situazioni cliniche.

Attualmente sono in uso due sistemi di classificazione dei disturbi psicologici, l'International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, che include la classificazione dei disturbi psichici, giunto alla decima edizione (ICD-10), e il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, giunto alla quarta edizione (DSM-IV).

Ai fini del nostro corso prenderemo in considerazione in modo dettagliato il sistema diagnostico del DSM-IV.

Prima di entrare nel merito, un breve cenno su un tema complesso: la discriminazione fra normalità e patologia. Su questo tema i sistemi diagnostici nosografici sono costretti di fatto ad una presa di posizione. Come accennato in precedenza sono state proposte alcune definizioni di normalità e patologia, nessuna delle quali da sola è soddisfacente, per cui i disturbi psicologici sono di solito definiti sulla base della presenza contemporanea di più criteri:

- Criterio statistico: considera anormale un comportamento (o una caratteristica della persona) che si discosta molto da quello medio della popolazione. Questo criterio si applica bene alla diagnosi di ritardo mentale, ma non offre alcuna guida certa per stabilire quale comportamento infrequente debba essere considerato patologico.
- Criterio della sofferenza personale: è certamente una caratteristica di molti dei cosiddetti disturbi psicologici, ma vi sono disturbi (es. il disturbo antisociale di personalità) in cui la sofferenza non è presente, e situazioni normali caratterizzate dalla sofferenza personale (es. il lutto).
- Criterio della conformità alle norme sociali: propone di considerare anormale qualunque comportamento che violi le regole sociali e minacci o renda ansiosi coloro che lo osservano. Può adattarsi ad alcuni disturbi come la schizofrenia, il disturbo antisociale di personalità o ad alcuni dei disturbi correlati a sostanze, ma non si adatta a molti altri; inoltre non tiene conto delle differenze culturali, e dell'impropria sovrapposizione di ruoli fra psicologo e giudice penale.
- Criterio della compromissione di importanti aree dell'esistenza (es. lavoro, relazioni sociali): si adatta alla diagnosi di molti disturbi (es. disturbi d'ansia, disturbi somatoformi ecc.), ma non a tutti. Questo criterio inoltre necessiterebbe di una definizione più precisa del concetto di compromissione.
- Criterio dell'imprevedibilità: propone di considerare patologiche le reazioni (es. la sofferenza o la compromissione) sproporzionate ed imprevedibili a fattori ambientali stressanti.

¹ Le critiche (alle quali possono essere fatte delle contro obiezioni) ai sistemi diagnostici nosografici vertono principalmente: sulla pretesa di poter individuare una linea netta di separazione fra normalità e patologia, sulla possibile perdita d'informazioni rispetto all'unicità delle persone, e sulla validità delle singole categorie diagnostiche (es. in una categoria potrebbero essere inseriti, sulla base di sintomi comuni, persone il cui disagio ha origini diverse).

IL DSM IV

Quarta edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, pubblicato dalla American Psychiatric Association, il DSM-IV è il sistema di classificazione nosografica dei disturbi mentali, attualmente utilizzato dagli psichiatri e dagli psicologi clinici degli Stati Uniti e di molti altri paesi compresa l'Italia. Caratteristiche del DSM-IV sono l'ateoricità, e la diagnosi multiassiale. La scelta dell'ateoricità, cioè il non prendere posizione sulle cause dei vari disturbi psicologici, limitandosi ad una prospettiva puramente descrittiva, è conseguenza della necessità di rendere fruibile il manuale a clinici di diverso orientamento teorico. È tuttavia esplicito l'invito ai fruitori di dare impulso a ricerche finalizzate alla comprensione delle cause dei disturbi e all'approfondimento della reale omogeneità eziologica delle singole categorie diagnostiche.

La diagnosi multiassiale prevede la valutazione di ogni soggetto rispetto a cinque diversi assi, obbligando il clinico a prendere in considerazione altre importanti informazioni oltre la raccolta dei sintomi. I primi due assi identificano i diversi disturbi mentali concepiti come entità discrete, differenziate attraverso criteri di inclusione ed esclusione: ciascun disturbo è rappresentato da una serie di sintomi e la presenza o assenza di alcuni di questi sintomi è il punto di discriminazione tra un disturbo e l'altro. I disturbi clinici dell'asse I vengono mantenuti separati da quelli di personalità e dal ritardo mentale (asse II) per garantire che l'attenzione rivolta verso il disturbo attuale della persona non trascuri l'esistenza di un disturbo a lunga durata. Sull'Asse III si annota qualsiasi condizione medica ritenuta rilevante ai fini del disturbo mentale in esame. L'Asse IV codifica i problemi di natura psicosociale e ambientali, come problemi lavorativi e/o economici, che potrebbero contribuire al disturbo. Sull'Asse V viene indicato il funzionamento adattivo attuale dell'individuo in varie aree dell'esistenza.

Inoltre, nell'ultima versione sono state aggiunte tre scale opzionali:

- la Scala del Funzionamento Difensivo prevede che il clinico indichi lo stile difensivo, o meccanismo di difesa, specifico al momento della valutazione
- la Scala di Valutazione Globale del Funzionamento Relazionale che permette di stimare il grado in cui una società o una famiglia soddisfano i bisogni strumentali e affettivi dell'individuo
- la Scala di Valutazione del Funzionamento Sociale e Lavorativo si focalizza sul livello di funzionamento sociale ed occupazionale al di là della gravità della sintomatologia psichica.

L'affidabilità interrater del DSM-IV (grado di concordanza di giudizio di diversi osservatori sullo stesso evento) è buona per la maggior parte delle categorie diagnostiche; ancora aperta è la questione della validità eziologica (stessi fattori causali in tutti i soggetti appartenenti ad una categoria diagnostica), concomitante (scoperta che altri sintomi, non contemplati dal manuale, caratterizzano le persone appartenenti ad una categoria diagnostica), e predittiva (capacità di prevedere l'andamento futuro e la prognosi e la risposta ad una determinata terapia delle persone appartenenti alla medesima categoria diagnostica).

ASSE I

DISTURBI CLINICI: sono codificate 15 classi di disturbi (Disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza, o nell'adolescenza; Delirium, demenza, disturbi amnestici e altri disturbi cognitivi; Disturbi mentali dovuti ad una condizione medica generale non classificati altrove; Disturbi correlati a sostanze; Schizofrenia e altri disturbi psicotici; Disturbi dell'umore; Disturbi d'ansia; Disturbi somatoformi; Disturbi fittizi; Disturbi dissociativi; Disturbi sessuali e della identità di genere; Disturbi dell'alimentazione; Disturbi del sonno; Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove; Disturbi dell'adattamento), ognuna delle quali contiene la descrizione dei criteri diagnostici dei singoli disturbi psicologici compresi nella categoria.

ALTRE CODIZIONI CHE POSSONO ESSERE OGGETTO DI ATTENZIONE CLINICA: sono codificati in 6 categorie (Fattori psicologici che influenzano una condizione medica; Disturbi del movimento indotti da farmaci; Altro disturbo indotto da farmaci; Problemi relazionali; Problemi correlati a maltrattamento o abbandono; Ulteriori condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica), ognuna delle quali contiene la descrizione dei criteri diagnostici dei singoli disturbi psicologici compresi nella categoria.

ASSE II

DISTURBI DELLA PERSONALITÀ: sono presi in considerazione i criteri diagnostici di 10 disturbi di personalità (Gruppo A: Disturbo paranoide di personalità; Disturbo schizoide di personalità; Disturbo Schizotipico di personalità. Gruppo B: Disturbo antisociale di personalità; Disturbo borderline di personalità; Disturbo istrionico di personalità; Disturbo narcisistico di personalità. Gruppo C: Disturbo evitante di personalità; Disturbo dipendente di personalità; Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità. Disturbo di personalità non altrimenti specificato).

RITARDO MENTALE: è classificato secondo la gravità (lieve, moderato, grave, gravissimo).

ASSE III

CONDIZIONI MEDICHE GENERALI: è utilizzato per registrare tutte le condizioni mediche generali potenzialmente rilevanti per la comprensione o la gestione del caso. La condizione medica può: 1) essere la causa di un disturbo classificato sull'asse I; 2) essere considerata come un fattore stressante precipitante; 3) essere importante per la gestione del caso; 3) essere un reperto accidentale.

ASSE IV

PROBLEMI PSICOSOCIALI E AMBIENTALI: sono elencate 9 categorie di problemi di cui la persona può avere avuto esperienza (di solito relativi all'ultimo anno) e che possono avere un impatto sulla comprensione o gestione del caso: 1) problemi con il gruppo di supporto primario (es. morte o problemi di salute fra i familiari, divorzio, abuso fisico o sessuale, iperprotettività dei genitori, nascita di un fratello ecc.); 2) problemi correlati all'ambiente sociale (es. perdita del supporto sociale, pensionamento, difficoltà di acculturazione ecc.); 3) problemi educazionali (es. analfabetismo, problemi con gli insegnanti o con i compagni ecc.); 4) problemi lavorativi (es. disoccupazione, insoddisfazione ecc.); 5) problemi abitativi (casa inadeguata, problemi con i vicini ecc.); 6) problemi economici (es. povertà estrema ecc.); 7) problemi riguardanti l'accesso ai servizi sanitari (es. servizi sanitari inadeguati, mancanza di mezzi di trasporto ecc.); 8) problemi collegati col sistema legale o penale (es. cause in corso, arresto, essere state vittime di qualche crimine ecc.); 8) altri problemi psicosociali o ambientali (es. esposizione a disastri naturali, guerra ecc.).

ASSE V

VALUTAZIONE GLOBALE DEL FUNZIONAMENTO: codifica l'attuale funzionamento adattivo della persona su una scala da 100 (funzionamento superiore alla norma in un ampio spettro di attività ecc.) ad 1 (persistente pericolo di far del male a se stesso o agli altri ecc.). Può essere utilizzata per documentare gli esiti del trattamento, il tipo di trattamento (es. ospedaliero o ambulatoriale), il diritto all'assistenza o alla pensione d'invalidità.

ASSI OPZIONALI

SCALA DEL FUNZIONAMENTO DIFENSIVO: È utilizzata in particolare dai clinici di orientamento psicodinamico. Consta di 27 meccanismi di difesa raggruppati in 7 livelli difensivi: 1) alto livello adattivo (es. sublimazione, affiliazione ecc.); 2) livello delle inibizioni mentali (es. rimozione, spostamento dissociazione ecc.); 3) livello lieve di distorsione dell'immagine (svalutazione, idealizzazione, onnipotenza); 4) livello del disconoscimento (negazione, proiezione, razionalizzazione); 5) livello grave di distorsione dell'immagine (fantasie autistiche, identificazione proiettiva, scissione); 6) livello dell'azione (messa in atto, ritiro apatico ecc.); 7) livello della sregolazione difensiva (proiezione delirante, negazione psicotica, distorsione psicotica).

SCALA DI VALUTAZIONE GLOBALE DEL FUNZIONAMENTO RELAZIONALE: È utilizzata, in particolare dai clinici interessati all'approccio familiare sistemico, per valutare il funzionamento di una famiglia o di un'altra entità relazionale su una scala da 100 (entità relazionale funzionante in modo soddisfacente) a 1 (entità relazionale troppo mal funzionante per consentire una continuità di contatto e di attaccamento), rispetto a tre aree (soluzione dei problemi, organizzazione, atmosfera emozionale).

SCALA DI VALUTAZIONE DEL FUNZIONAMENTO SOCIALE E LAVORATIVO: simile alla scala di valutazione globale del funzionamento dell'asse V, se ne differenzia perché valuta il funzionamento tenendo conto anche dei problemi che derivano da malattie fisiche e non della gravità dei sintomi.

La diagnosi esplicativa

Lo scopo della diagnosi esplicativa è quello di giungere alla comprensione delle cause del disagio psicologico di un determinato individuo. Questa diagnosi non è, comunque, alternativa a quella nosografica, e può essere, pertanto, applicata alla creazione di un sistema di classificazione basato su nuove categorie unificate da una causa etiologica comune, o alla comprensione dei fattori eziologici all'interno delle singole categorie diagnostiche di uno dei sistemi di classificazione nosografica in uso. A differenza della diagnosi nosografica dove i sintomi rimandano solo a se stessi, alla loro durata e alla frequenza con cui compaiono in combinazione con altri segni e sintomi, la diagnosi esplicativa si sforza di dare significato ai sintomi, all'interno di un contesto dove anche ciò che non è patologico assume importanza.

Limite della diagnosi esplicativa è la necessità di avere come riferimento imprescindibile l'insieme di assunti generali sul funzionamento della mente e sulle cause dei disturbi psicologici, così come sono concettualizzati da un determinato paradigma. Pertanto, clinici di diverso orientamento teorico, nel loro procedere diagnostico, esploreranno aree diverse del funzionamento psichico e relazionale dei loro pazienti, o a volte le stesse aree, ma utilizzando una diversa terminologia ed enfatizzandone in modo diverso l'importanza. Brevi esemplificazioni sulla diagnosi esplicativa relativa al paradigma psicoanalitico e cognitivo aiuteranno a meglio comprendere questi concetti:

- *La diagnosi psicoanalitica*: Il paradigma psicoanalitico concettualizza i disturbi psicologici come conseguenze di carenze o traumi ambientali e di conflitti intrapsichici dell'età evolutiva, (riattivati da circostanze attuali nel caso di disturbi comparsi a distanza di tempo), tali da produrre deficit strutturali dell'Io o del Super-io, risposte emozionali (per es. angoscia, sentimento di colpa, vergogna) e/o operazioni mentali difensive (meccanismi di difesa) adattive o compensatorie che possono portare a distorsioni del funzionamento dell'Io e del Super-io e della personalità nel suo complesso, e alla comparsa di sintomi. La diagnosi psicoanalitica esplicativa, pertanto focalizza l'attenzione del clinico sull'individuazione dei traumi e dei conflitti intrapsichici attuali e passati, sulla valutazione dei deficit strutturali dell'Io (per es. scarsa capacità introspettiva, bassa tolleranza alle frustrazioni, minore capacità di gestire adeguatamente i propri bisogni ed emozioni, persistenza di caratteristiche di pensiero concreto e magico, scarsa autostima e fragile senso d'identità ecc.) e del Super-io (per es. eccessiva rigidità morale o incapacità a adeguarsi alle norme sociali ecc.), sulla valutazione degli affetti (ansia, depressione, vergogna, gelosia, rabbia ecc.) e dei meccanismi di difesa prevalenti, e delle modalità relazionali con le persone significative e con il clinico.

Gli strumenti di valutazione di cui si avvale il clinico ad orientamento psicodinamico per giungere alla diagnosi sono principalmente il colloquio clinico ed eventualmente test proiettivi di personalità.

- *La diagnosi cognitiva*: nella prospettiva cognitivo razionalista i disturbi psicologici sono concettualizzati come conseguenze di asserzioni e convinzioni irrazionali sul dover essere in determinati modi, e di convinzioni negative su se stessi, il mondo e il futuro, mantenute grazie ad errori di logica, mentre nella prospettiva cognitivo strutturalista sono enfatizzate le conseguenze di sistemi conoscitivi rigidi e incoerenti e di stili d'attaccamento insicuri, di cui le persone avrebbero poca consapevolezza. Momento centrale della valutazione diagnostica è pertanto l'individuazione degli schemi cognitivi irrazionali e negativi o degli schemi prevalenti del sistema conoscitivo e delle esperienze precoci d'attaccamento che producono il disagio psicologico dei pazienti. Per tale valutazione i clinici si avvalgono di colloqui clinici, interviste più o meno strutturate, questionari di autovalutazione e risposte a situazioni stimolo standardizzate. Dato che gli psicologi clinici ad orientamento cognitivo si avvalgono anche di

tecniche terapeutiche di tipo comportamentale, la valutazione diagnostica spesso viene estesa alle situazioni ambientali che precedono il problema del paziente e alle sue risposte esplicite, utilizzando l'osservazione diretta del comportamento, interviste diagnostiche e questionari di autovalutazione.