

VALUTAZIONE PSICOLOGICA E PSICODIAGNOSTICA

PROCESSI DI DECISIONE CLINICA

LA PSICHIATRIA BIOLOGICA

D.ssa Simona Scrimieri Psichiatra

La nascita della psichiatria biologica si situa alla fine del '700 quando la follia considerata "malattia dello spirito" divenne "malattia della mente". Erano gli anni della rivoluzione francese quando un giovane medico, Philippe Pinel, cominciò a delineare i basamenti sui quali ancora oggi si fonda la moderna psichiatria. Egli lavorò in quei luoghi indistinti e indistinguibili in cui venivano ammassati gli ammalati di mente, i ritardati psichici e i criminali. Carceri o manicomi? Alienati psichici e/o criminali? Quesiti ai quali Pinel cercò di dare risposte e oltre a ridefinire la psicopatologia introdusse nuovi concetti sul contesto terapeutico. Tratteggiò con chiarezza quattro tipi di follia: la melanconia (*disturbo della funzione intellettiva*), la mania (*eccessiva eccitazione nervosa con o senza deliri*), la demenza (*disturbo nel processo del pensiero*), l'idiozia (*dove non esistevano le facoltà intellettive ed affettive*). Sottolineò quanto importante fosse isolare il malato dal contesto familiare e promuovere con lui cure fondate sull'accettazione, comprensione e fermezza, programmando un trattamento assimilabile a quello che oggi definiamo "riabilitativo". Pinel deve essere ricordato anche per aver per primo criticato la coercizione psichiatrica e per liberato dalle catene molti alienati dando loro una traccia di riconoscibilità sulla quale poter delineare un processo terapeutico.

Contemporaneamente in Europa il modello più diffuso di interpretazione della follia era la possessione e l'esorcismo per cui medici guaritori, esorcisti della chiesa e non presto si fecero fautori del pensiero nuovo, quello positivista-scientista che invocava il ricorso della neurologia e della psichiatria nel novero delle scienze e che entrambe avevano lo stesso oggetto di studio: il cervello. Si andava così a realizzarsi un cambiamento epocale che modificò radicalmente la malattia mentale e che, per tutto il XIX secolo, risentì dell'influenza medico-biologica tesa a valorizzare il dato nosografico, oltre a quello anatomico.

Pertanto, uno dei padri indiscussi della moderna psichiatria fu Kraepelin il quale delineò chiaramente la storia dell'origine e della stigmatizzazione della follia nella società occidentale e prescrisse un potente antidoto contro questa condizione: il riconoscimento delle basi biologiche delle più gravi malattie e l'applicazione del modello medico al trattamento dei disturbi mentali. Kraepelin propose un approccio bio-psico-sociale all'eziologia dei disturbi mentali; prime fra le cosiddette "cause fisiche" sono le malattie dell'encefalo inclusi tumori, ictus, infezioni, tossine, alcol e simili.

Successivamente K. considera le “cause psichiche” che concettualizza come emozioni sul cervello, quindi prende in esame le “cause sociali” modulanti la struttura biologica del cervello. A questo autore dobbiamo oggi riconoscere la paternità della psichiatria oltre ad acute descrizioni dei segni e dei sintomi, produsse un vasto sistema nosografico che comprendeva l’eziologia, il decorso, la prognosi e l’esito nelle definizioni delle entità; a lui si deve la distinzione tra le due forme più frequenti di psicosi, *la psicosi maniaco-depressiva* e *la dementia praecox* (la schizofrenia di Bleuler). E’ innegabile che un approccio così definito “biomedico” abbia e continui ad avere consensi da parte di tutto il mondo scientifico dato che l’attuale modello diagnostico viene da molti definito “neo-kraepeliniano”, in accordo a tale a tale visione descrittiva. E’ comunque altrettanto innegabile che molti sono coloro che criticano tale modello definendolo encefaloiatrico, socioiatrico, funzionalista, clinico-nosografico, statistico; quindi troppo schematico e riduttivista. Tali critiche provengono da quei settori epistemologici che rifacendosi a teorie quali la fenomenologia e la psicodinamica, più orientate da concettualismi filosofico-antropologico, puntano la loro attenzione sulla psicopatologia e lo studio dei segni più che sui sintomi di una situazione interiore che corrisponde ad una soggettività e che il clinico deve affrontare con lo sforzo e l’impegno dell’incontro interpersonale. Agli orientamenti fenomenologico-esistenziali e psicodinamici, psicogenetici (Jaspers, Binswanger, Freud) seguirono il modello ad orientamento relazionale e quello sistemico.

Negli anni sessanta si sviluppò il primo grosso movimento culturale nella psichiatria italiana (che a dire il vero ha avuto un’identità debole e sempre influenzata dalle correnti prima tedesche e poi nordamericane) e che va sotto il nome di “antipsichiatria”, il cui principale esponente fu F. Basaglia. Il movimento antipsichiatrico fu un movimento essenzialmente di psichiatria sociale e aveva una forte componente antipsicoanalitica privilegiando l’intervento sociale; quindi si affermarono le teorizzazioni anti-istituzionali dell’equipe di Basaglia la cui ideologia ha portato alla promulgazione della legge 180 (Maggio 1978) che ha individuato nell’assistenza sul territorio il fondamentale momento terapeutico e preventivo della prassi psichiatrica del nostro paese.

Da circa un ventennio lo sviluppo delle neuroscienze, gli studi di genetica, i progressi tecnologici applicati alla medicina hanno fatto sì che attualmente sia prevalente il modello della psichiatria biologica. Quindi il modello contemporaneo di riferimento è considerato quello bio-psico-sociale; modello integrato, complesso, interdisciplinare.

La Psichiatria Biologica è lo studio interdisciplinare delle basi biologiche del comportamento il cui scopo principale è lo sviluppo di tecniche per la diagnosi e la terapia della malattia mentale e coinvolge diversi campi di ricerca: biochimica, genetica, fisiologia, neurologia e farmacologia.

I principali indirizzi della Ps. Biologica sono: -indirizzo genetico; -indirizzo biochimico; -indirizzo neuro-endocrinologico; -indirizzo neuro-fisiologico.

Indirizzo genetico: la tara genetica era già stata considerata dalla seconda metà del secolo XIX come un qualcosa di costituzionale, endogeno ma aspecifico che potesse essere trasmesso per via ereditaria. Attualmente la maggior parte dei genetisti non trascura l'importanza dei fattori ambientali nella genesi del comportamento umano normale e patologico.

Indirizzo biochimico: prende origine dall'identificazione in sede cerebrale di sostanze endogene (monoamine), quali la serotonina, la dopamina, la noradrenalina. L'attività di ogni singola cellula cerebrale è caratterizzata dalla sintesi di un mediatore chimico attraverso il quale si pone in rapporto con altri sistemi neuronali; i mediatori chimici sono sostanze a basso peso molecolare che mediano l'impulso nervoso a livello sinaptico. Tutto questo può consentire di postulare che alterazioni nella sintesi, liberazione e inattivazione dei mediatori e la loro mancata attività a livello di membrana post-sinaptica siano coinvolte nella genesi dei diversi disturbi psichiatrici.

Indirizzo neuro-endocrinologico: questo approccio consente di valutare i livelli funzionali del sistema limbico-ipotalamico nella patologia psichiatrica e nel corso del trattamento farmacologico; lo studio neuroendocrino trova giustificazione nel fatto che alcuni sintomi sono riconducibili a un disturbo dei centri ipotalamici (alterazioni del sonno, dell'appetito, dell'attività sessuale e di altre funzioni del sistema nervoso autonomo) e nell'acquisizione che le amine biogene contenute in alte concentrazioni nell'ipotalamo giocano un ruolo essenziale nella secrezione ormonale.

Indirizzo neuro-fisiologico: la neurofisiologia sperimentale si è dimostrata di importanza primaria nello studio delle senso-percezioni, della coscienza, delle emozioni; ma, al di fuori della patologia organica sono scarsi i risultati offerti dalle tecniche alla Ps. Clinica, nonostante l'uso degli ultimi anni di tecnologie avanzate quali PET, SPECT che hanno evidenziato alterazioni di flusso sanguigno e alterazioni chimico-elettrico in alcune aree specifiche cerebrali in patologie mentali come la Schizofrenia e il Disturbo Bipolare dell'umore.

Esiste una griglia concettuale in cui la Ps. Biologica deve necessariamente agire?

Questa griglia deve necessariamente collocarsi nello spazio materialistico, riduzionistico e deterministico?

“Eventi biologici ed eventi psicologici sono collegati tra loro in un rapporto di causalità circolare dove solo in condizioni estreme è possibile identificare un determinante primitivo”.

Con questa inequivoca affermazione il “Trattato italiano di Psichiatria” sembra voler chiudere una volta per tutte l'annosa questione tra la psichiatria organicistico-descrittiva (modello biologico) e la psichiatria psicogenetica (modello psicologico), disputa che ha da sempre contrassegnato la storia della psichiatria, per approdare ad un approccio con-causalistico circolare.

Può apparire a prima vista paradossale che l'enorme sviluppo delle tecniche di visualizzazione cerebrale e di indagine biochimica e neuroormonale anziché condurre ad un consolidamento dei

modelli biologici di interpretazione della psicopatologia apra invece ulteriori e più complesse problematiche: ancorché gli studi a livello macromolecolare sui recettori cerebrali, sui neurotrasmettitori e sui modulatori abbiano permesso di giungere ad individuare alterazioni strutturali laddove il disturbo psichico si esprimeva funzionalmente, va evidenziato che la complessità della struttura del cervello umano è tale che allo stato attuale delle conoscenze è impensabile una esauriente descrizione del funzionamento cerebrale in termini di normalità e di patologia; se sono plausibili modelli descrittivi del funzionamento globale del cervello, non sono invece sostenibili eventuali correlazioni tra fenomeniche psicopatologiche specifiche e quest'ultimo. Preme sottolineare il fatto che nei testi che stanno a fondamento della formazione medico specialistica in psichiatria, e a maggior ragione in quelli di psicofarmacologia, non si riscontrano argomenti tendenti a forme di riduzionismo organicistico-farmacologico né tentazioni in tal senso. La nascita della psicofarmacologia come disciplina in parte autonoma, da applicare in clinica per il controllo e la cura dei disturbi mentali, risale agli inizi degli anni '50 e coincide con l'introduzione nella pratica psichiatrica della reserpina, un antipertensivo, e soprattutto della clorpromazina, il primo neurolettico o antipsicotico, un sedativo inizialmente in uso per pazienti da sottoporre ad interventi chirurgici in sala operatoria e che si rivelò di particolare efficacia anestetizzante; successivamente testato su pazienti affetti da disturbi psichici, si riscontrarono effetti quali la diminuzione dell'agitazione, dell'eccitamento psicomotorio, dell'aggressività, senza però un corrispondente aumento della sedazione o della perdita di coscienza; parimenti, negli stessi anni (1951) vennero sintetizzati altri due composti, l'iproniazide e l'imipramina, che si rivelarono utili nel trattamento dei disturbi depressivi. I derivati dell'imipramina e dell'isionazide sono stati gli unici farmaci utilizzati nel trattamento della depressione fino alla metà degli anni '80, allorché è stato introdotto nell'uso clinico un nuovo gruppo di farmaci, gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), denominati antidepressivi di seconda generazione. Agli anni '50 risalgono anche le prime sperimentazioni dei Sali di Litio per il trattamento di pazienti affetti da disturbi dell'umore di tipo bipolare, composto tuttora utilizzato, nonché della mefensina con cui venivano trattati i disturbi d'ansia.

Queste prime scoperte farmacologiche hanno origine fortuita e nascono sulla base di eventi casuali o di felici intuizioni; ebbero una portata rivoluzionaria e furono seguite da un periodo di ottimismo misto a trionfalismo terapeutico: per la prima volta alcuni farmaci si dimostravano realmente incisivi sul comportamento dei pazienti ed in grado di controllarne i sintomi; era finalmente possibile immaginare un radicale cambiamento delle istituzioni psichiatriche esistenti e un superamento dei loro metodi terapeutici. Non tardarono però ad arrivare i primi insuccessi terapeutici connessi alle scarse conoscenze circa i meccanismi d'azione degli psicofarmaci (e ai talvolta devastanti effetti

collaterali quali la discinesia tardiva), alla mancata adozione di standards obiettivi nel loro utilizzo e dunque alla effettiva capacità di calibrare i trattamenti farmacologici al singolo paziente; il manicomio incombeva immobile, a dispetto di ogni reale o presunto potenziamento delle misure farmacoterapiche e se da un lato la durata media delle degenze diminuiva, dall'altro si iniziava ad assistere al fenomeno della revolving door (porta girevole), per cui alla pur forte spinta verso la dimissione, corrispondeva un rapido incremento dei re-ingressi.

Uno dei principali effetti dell'introduzione dei farmaci è legato al loro ruolo euristico, alla loro funzione di strumenti di ricerca che hanno consentito di chiarire importantissimi aspetti neurochimici o della trasmissione dell'impulso nervoso, della funzione di specifiche aree cerebrali, o ancora di comprendere le dinamiche dei recettori e dei meccanismi di trasmissione neuronali, consentendo così di costruire ipotesi che riguardano la patogenesi dei disturbi mentali. Ma si potrebbe pensare che il miglioramento del sintomo non deriva in linea causale dal fatto che il farmaco agisce sui meccanismi biologici eziopatogenetici alla base della condizione morbosa; si assiste a un certo miglioramento sintomatico, ma ancora poco si conosce intorno al complesso dei percorsi attraverso i quali i farmaci agiscono e dunque sui fondamentali processi patologici che danno origine ai sintomi: ciò che oggi il limite delle conoscenze definisce come causa, sarà a sua volta riconosciuto come effetto in ragione dell'avanzamento delle ricerche neuroscientifiche; in altri termini, il principio di causalità che viene applicato si può riassumere come segue: riscontrato di fatto lo spegnersi di determinati sintomi psicotici, per la maggior parte positivi, in conseguenza della somministrazione di determinate sostanze, si è inferito che i comprovati meccanismi biochimici sui quali il farmaco ha agito rappresentino la presunta causa dei sintomi medesimi; ora, ciò che è esatto o non ancora confutabile, non è necessariamente esaustivo di una verosimilmente complessa articolazione eziopatogenetica. Il principio di causalità che caratterizza la Ps. Biologica, ancorché esatto in termini di conferme sperimentali, dovrebbe tuttavia atteggiare i suoi assunti ad una costante messa tra parentesi, nella consapevolezza della provvisorietà e della ricorrente controvertibilità degli stessi. La presenza di obiettivi riscontri, corrispondenze e correlazioni tra sintomi e modalità del funzionamento neuronale non può essere tradotta meccanicisticamente in una sequenza lineare e unidirezionale di causa-effetto. Tali considerazioni depongono per l'assunto secondo cui nessuna strategia terapeutica può essere concepita o utilizzata separatamente, isolata da interventi di supporto globali che coinvolgono anche il contesto relazionale del paziente, nessuna strategia terapeutica può essere proposta come di per sé risolutiva. La risposta al trattamento psicofarmacologico non è mai neutra o standardizzata, dipende da più variabili legate sia al meccanismo biochimico del farmaco, sia ai fattori aspecifici che possiedono una grande forza di influenzamento sugli esiti del trattamento; un paziente che nutre aspettative di miglioramento ha certamente maggiori possibilità che queste si

realizzino effettivamente rispetto ad un paziente scettico nei confronti dell'intervento farmacologico. L'uso del farmaco non può essere disgiunto dal suo significato relazionale: il farmaco catalizza su di sé un'azione chimica e simbolica insieme, che si esplica nello spazio della relazione terapeutica; il farmaco è veicolo della relazione interumana, una sua ulteriore possibilità all'interno della quale sono importanti il contatto, l'ascolto, il vissuto, ed è all'interno di una relazione interumana che il farmaco può assumere significato, specifico valore e maggiore efficacia.

Alla luce delle conoscenze attuali, a fronte della complessa ed articolata eziopatogenesi dei disturbi mentali, dovrà corrispondere una complessa e articolata rete integrata di strumenti terapeutici di natura insieme farmacologia, psicologica e sociale, attraverso la quale essi interverranno e incideranno congiuntamente ai diversi livelli di strutturazione della patologia.

Da queste considerazioni deriva un concetto di Ps. Biologica che debba includere oltre alle discipline proprie delle neuroscienze e dei substrati biologici anche discipline umanistiche.

Potrebbe quindi costituirsi un modello integrato di Psichiatria Biologica?

Ogni atto clinico, ogni scelta di cura, ogni inquadramento diagnostico determinano un atteggiamento etico, bio-etico. Non possiamo ignorarlo.