

LA SEMEIOLOGIA CLINICA NEL MOMENTO DIAGNOSTICO E LA TERAPIA IN PSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

U. Balottin

Clinica di Neuropsichiatria Infantile, Istituto Neurologico Nazionale IRCCS "C. Mondino", Università di Pavia

La questione semeiologica nella psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza si intreccia con la problematica relativa alla diagnosi e alla classificazione psichiatrica in età evolutiva.

Per quanto riguarda l'approccio e le modalità del processo diagnostico sono da considerare le carenze di un approccio esclusivamente categoriale basato, come Pazzagli e Di Segni (2002) indicano su un "fotogramma bloccato di sintomi sganciati dal loro divenire temporale e dalla rete di significati soggettivi legati alla storia del paziente".

Particolarmente nell'età dello sviluppo una diagnosi categoriale, cioè un'etichetta nosografica che individua un insieme di sintomi compresenti in uno stesso momento del tempo, potrebbe non essere l'indice più rilevante per predire un certo tipo di evoluzione nei pazienti e per impostare o scegliere un percorso di cura.

A conferma delle complesse problematiche che riguardano la diagnosi in età evolutiva e delle incertezze prognostiche che ne conseguono molti studi confermano che gli strumenti diagnostici attualmente più in uso non risultano essere né indicatori sicuri di cambiamento né predittivi rispetto all'esito di una terapia e all'evoluzione (Green, 2002; Rosenblatt e Rosenblatt, 2002). La diagnosi categoriale per la sua natura puntiforme nel tempo finisce infatti per non rispecchiare le mutevoli traiettorie di sviluppo così che è probabile che la qualità della risposta ad un intervento integrato ed ad una presa in carico globale, soprattutto in un'età così delicata ed aperta all'influsso dell'ambiente, possa essere influenzata, prima che dalla diagnosi psichiatrica, da altri fattori preponderanti, quali l'adesione alla terapia, la qualità dell'ambiente e delle relazioni familiari, la rete ed il funzionamento sociale e soprattutto la modalità, intensità e qualità del lavoro terapeutico messo in atto (Sheldon, 2010).

Considerando poi l'aspetto delle problematiche classificatorie è da rilevare che particolarmente numerose e ricche sono le proposte classificatorie presentate in questi anni applicabili alla psichiatria dell'infanzia: ICD 10, DSM IV, CFTMEA, classificazione 0-3, PDM per l'età evolutiva.

Le esigenze diagnostiche proposte nei lavori scientifici e dalle regole della medicina dell'evidenza hanno portato al tentativo, definito da taluni come illusorio, di affidare a scale, test e questionari comportamentali la definizione della sintomatologia e dell'etichetta nosografica con una inevitabile enfasi posta sul solo livello comportamentale dei sintomi. Pari enfasi viene posta su quadri coerentemente orientati verso la presentazione esternalizzante della psicopatologia come ad esempio ADHD, disturbo oppositivo provocatorio, disturbo della condotta. Va inoltre aggiunto che

prevale attualmente l'idea che le scale quantizzate e le interviste semistrutturate ci consentano una sicurezza e affidabilità diagnostica prima sconosciuta. Peraltro molte sono le perplessità che un tale orientamento culturale e clinico possono suscitare.

Lavori recenti (Vila, 2004) dimostrano che con interviste diagnostiche standardizzate come la K-SADS R e questionari auto somministrati dal bambino stesso (STAIC per i tratti ansiosi e CDI per depressione) o dai genitori come la CBCL e la GHQ si riesce a individuare una diagnosi psichiatrica DSM IV in 88 pazienti su 155 con obesità. Tale dato è in netto contrasto con numerosi lavori che non individuano alterazioni psicopatologiche nei pazienti obesi di età evolutiva. Anche lavori recentissimi (Gjevik, 2010) confermano l'utilità di interviste diagnostiche standardizzate (kiddie sads) e trovano nel 72% dei bambini con disturbo dello spettro autistico la presenza di una diagnosi in comorbidità di disturbo d'ansia e disturbo da deficit di attenzione e iperattività. Tuttavia numerosi lavori come quello di Rosenblatt e Rosenblatt (2002) dimostrano che quando si esaminano in modo rigoroso diverse metodiche di valutazione standardizzata del paziente dal punto di vista del genitore (CBCL), dal punto di vista del ragazzo (YSR) e dal punto di vista del clinico (CAFAS), si trova che è debole la correlazione fra i vari strumenti diagnostici e relative fonti di osservazione nella diagnosi clinica, nella valutazione quantizzata dei sintomi e del livello di funzionamento sia nel momento di accesso ai servizi che nel decorso.

Cioè il fatto che ricorriamo a strumenti standardizzati e tarati a livello internazionale non ci consente affatto di arrivare a conclusioni diagnostiche o a valutazioni del livello della sintomatologia o del funzionamento psichico in modo sufficientemente affidabile. È noto a tutti clinici con esperienza che inoltre questi strumenti non solo non sono correlati sufficientemente fra di loro ma spesso risultano ingannatori non meno di quanto non fosse il test di Rorschach quando veniva usato in modo esclusivamente psicodinamico per una valutazione peritale. Infatti modalità difensive come il diniego o rifiuto di essere malati o difficoltà insite nella relazione con il clinico o altre ragioni inducono spesso il ragazzo che compila il questionario o i genitori a eludere la risposta. Basta esaminare un EAT di una ragazza anoressica in una fase iniziale del

lavoro clinico per convincersene. Oltre a questo, come mostrerò in un esempio clinico, le stesse valutazioni cliniche mediante interviste semistrutturate possono anche nell'ambito della psicopatologia più grave risultare inadatte a cogliere problematiche e sintomi molto rilevanti rispetto ad una valutazione clinica centrata sul colloquio psichiatrico libero basato sulla ricerca di un rapporto empatico e di una relazione intersoggettiva accogliente, diretta, approfondita.

È molto facile per i clinici sperimentati ricordare casi in cui la valutazione diagnostica, pur approfondita, condotta trasversalmente con il ricorso a interviste semistrutturate come la KIDDIE SADS, si dimostra nel corso del tempo del tutto errata nascondendo una psicopatologia di ben altra natura e di ben altra qualità. Frequente reperire situazioni cliniche diagnosticate come ADHD o disturbo oppositivo provocatorio o disturbo della condotta che risultano poi a una più approfondita e faticosa valutazione disturbi gravi del pensiero di tipo psicotico o disturbi della condotta correlati con un grave disturbo di personalità. Per portare una esemplificazione clinica di poche settimane fa cito un bambino di 11 anni. Portato in ambulatorio per disturbi del comportamento caratterizzati da ipercinesia, disattenzione e impulsività viene sottoposto a scale che valutano la presenza dei sintomi appena citati e a una Kiddie Sads. La diagnosi formulata è ADHD e la cura stabilita metilfenidato.

Pochi mesi dopo ritorna su invio del pediatra di casa per una condizione di emergenza. La scuola segnala l'ingestibilità del ragazzino che, nonostante l'assegnazione di un'insegnante di sostegno, ha provocato incidenti con invio dell'insegnante al pronto soccorso. La madre lamenta una situazione parallela di ingestibilità e chiede l'inserimento in comunità.

Evidentemente anche in psichiatria spesso si trova esattamente ciò che si cerca: se utilizziamo scale per l'ipercinesia abbiamo la possibilità di individuare la presenza significativa di ipercinesia in relazione allo strumento cui si ricorre ma potrebbe accadere che non si evidenzino altri importanti aspetti. Sorprende che una scala come la Kiddie SADS possa a volte non rilevare facilmente la presenza di un disturbo del pensiero. Accade in questo specifico caso che soltanto nel corso del secondo o terzo incontro con il bambino e la famiglia in un setting libero ed empatico emerga

la presenza di un disturbo del pensiero a tipo delirio megalomane: il bambino è incrollabilmente convinto di potere dominare e controllare la madre, la propria famiglia, la scuola e il mondo esterno (compresi i medici e psicologi che lo seguono) imponendo la propria volontà, conserva entro di sé il pensiero derealistico di poter continuare a mantenere un controllo totale del mondo esterno: costringere la madre a non avere rapporti con il compagno, obbligandola a dormire con lui, e a ubbidirgli puntualmente (obiettivo per altro parzialmente realizzato dal ragazzo), decidere se e come accettare una visita o un ricovero. Tutto questo avviene mentre la madre (e il padre) pensano di affidare il bambino a una comunità terapeutica (e infatti prendono contatto direttamente senza aspettare le decisioni dei servizi) in modo da risolvere attraverso una delega il problema di facilitare il processo di separazione e individuazione del bambino stesso.

Accade che un quadro psicopatologico caratterizzato da un vissuto, una percezione e ideazione delirante necessarie al bambino per controllare una situazione che gli sfugge completamente di mano possano essere tramutati dalle nostre modalità diagnostiche in una malattia biologica o comportamentale da curare esclusivamente con farmaci mentre si attiva una vivace polemica con la scuola, la famiglia e il pediatra che reclamano una soluzione clinica e mentre si attiva un sistema di deleghe incrociate: l'istituzione neuropsichiatrica ospedaliera delega al farmaco la soluzione, il territorio delega all'assistente sociale incaricata di trovare la comunità, il pediatra e i genitori lamentano l'insufficienza dell'aiuto specifico.

E dunque la modalità con cui ci rivolgiamo a un bambino e alla sua famiglia e gli strumenti semeiologici e clinici che utilizziamo per valutare la psicopatologia influenzano le nostre conclusioni cliniche e il nostro approccio terapeutico. Nel caso sopra citato la cura con metilfenidato non diede i risultati attesi benché ci fossero ampie ragioni cliniche per utilizzarlo mentre un approccio più tradizionale di tipo globale e volto a comprendere i vissuti profondi dei pazienti e delle loro famiglie ebbe un risultato più apprezzato con relativa sospensione del progetto comunità.

È forse pensabile che un lavoro clinico di presa in carico di lunga gittata e instaurato precocemente avrebbe potuto risparmiare lo scapito clinico del bambino

stesso e un ricorso quasi obbligato a un'ennesima istituzionalizzazione?

Riterrei, in conclusione, che molto spesso le caratteristiche della clinica psicopatologica non possano emergere con approcci standardizzati che si limitano al ricorso a questionari e test o a un approccio di medicina biologica. Del resto vari dati della letteratura mostrano che questionari validati a livello internazionale e considerati eccellenti come la CBCL sono spesso di validità limitata se non accompagnati da una valutazione clinica psichiatrica dei bambini e degli adolescenti (Rosenblatt, 2002; Pauschardt e Remschmidt, 2010).

Tuttavia la diagnosi è sempre importante e costituisce una preoccupazione costante per chi opera nella clinica. Facilita la comunicazione fra i vari tecnici, consente di delineare un progetto terapeutico ragionato e di fare delle previsioni prognostiche per quanto possibile. Ora è convinzione del gruppo di lavoro della neuropsichiatria pavese che l'osservazione clinica non possa ridursi all'applicazione di metodiche standardizzate e disciplinate esclusivamente dalla statistica per il semplice fatto che la soggettività del mestiere psichiatrico non può essere in nessun modo risparmiata nell'approccio clinico col paziente. Molte possono essere le fonti da cui possiamo ricavare informazioni importanti per il processo diagnostico, processo che non può mai essere ridotto in modo puntiforme a un momento ristretto nel tempo e determinato da valutazioni obiettive quantizzate e sicure al 100% come sopra abbiamo dimostrato in base alla letteratura. Prima di tutto la clinica ci costringe a dare rilievo all'incontro col paziente e con i suoi genitori e in particolare al racconto che il paziente stesso ci fa e a quanto i genitori ci portano della loro singolare e unica storia, sempre complessa, sempre soggettiva, sempre correlata a quanto il clinico offre o rifiuta nel suo atteggiamento verso il paziente. La diagnosi cioè non può essere mai soltanto descrittiva e categoriale se non vuole limitarsi alla superficie dei sintomi con il risultato da tutti osservato di una "esternalizzazione" della psicopatologia cui siamo andati incontro in questi anni e di una superficializzazione della diagnosi che in genere non consente una risposta terapeutica sufficientemente efficace né una previsione prognostica che tenga nel tempo. Come Vittorio Lingiardi

(2005) scrive "un processo diagnostico troppo legato all'attribuzione di un'etichetta da applicare alla superficie comportamentale del paziente rischia di produrre nel clinico una sorta di disaffezione alla diagnosi, e un senso di irrilevanza terapeutica e prognostica". È necessario infatti che il processo diagnostico passi attraverso la storicizzazione e l'approfondimento dell'incontro empatico con il paziente e la sua famiglia portando a una comprensione clinica del disturbo tale da poter formulare delle ipotesi prognostiche e orientare il processo terapeutico. Occorre perciò nell'incontro col paziente con la sua famiglia cercare di ricorrere agli insegnamenti antichi che sono stati portati avanti anche dalla scuola neuropsichiatrica italiana ai tempi di Adriano Gianotti, Mario Bertolini, Livia di Cagno e Giovanni Lanzi e di tanti altri e che portava in evi-

denza il concetto di presa in carico globale dove il processo diagnostico e terapeutico non potevano che procedere insieme.

Sarà certamente necessario arrivare a un'integrazione dell'atteggiamento obiettivante di scuola nordamericana e dell'atteggiamento ipersoggettivante della scuola psicodinamica francese per evitare quel "riduzionismo limitante" di cui Gabbard parla. Sarebbe preferibile sviluppare un nuovo approccio alla diagnosi e alla terapia che possa superare la scissione fra un atteggiamento esclusivamente fiducioso nella valutazione clinica psicodinamica e un atteggiamento categoriale che fida nelle arti della statistica e nelle regole della medicina dell'evidenza che peraltro molto ci hanno offerto in questi anni sia in senso positivo che negativo.

BIBLIOGRAFIA

- Barron WJ, ed. *Making diagnosis meaningful*. Washington, DC: American Psychological Association 1998. Trad. It. Lingiardi V, ed. *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2005.
- Gjevik E, Eldevik S, Fjeran-Granum T, et al. *Kiddie-SADS Reveals High Rates of DSM-IV Disorders in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders*. *J Autism Dev Disord* 2010 Sep 8 [Epub ahead of print].
- Green J. *Provision of Intensive Treatment: Inpatient Units, Day Units and Intensive Outreach*. In: Rutter M, Taylor E (eds.). *Child and Adolescent Psychiatry*. 4th edition. London: Blackwell Science 2002. pp. 1038-50.
- Pazzagli A, Di Segni S. *Psicosi in Adolescenza*. In Ammaniti M (ed). *Manuale di Psicopatologia dell'Adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina, pp. 445-85.
- Rosenblatt A, Rosenblatt JA. *Assessing the effectiveness of care for youth with sever emotional disturbances: is there agreement between popular outcome measures?* *J Behav Health Serv Res* 2002;29:259-73.
- Rothen S, Vandeleur CL, Lustenberger Y, et al. *Parent-child agreement and prevalence estimates of diagnoses in childhood: Direct interview versus family history method*. *Int J. Methods Psychiatr Res* 2009;18:96-109.
- Vila G, Zipper E, Dabbas M, et al. *Mental disorders in obese children and adolescents*. *Psychosom Med* 2004;66:387-94.