“Psichiatria e salute comportamentale. Diagnosi e terapie” di Stefano Pallanti

Prof. Stefano Pallanti, Lei è autore del libro *Psichiatria e salute comportamentale. Diagnosi e terapie* edito da Carocci: che cosa è oggi la psichiatria?

La psichiatria è definita come la “branca specialistica della medicina che si occupa della prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali e del comportamento”. Quindi prima di tutto è una specializzazione della medicina perché è attenta allo studio ed alla cura delle persone che soffrono per un gruppo di malattie in cui disturbi del comportamento sono l’espressione evidente di modificazioni del funzionamento del cervello. Si colloca tra le Neuroscienze Cliniche, quindi potremmo dire tra il cervello ed il mondo. Cerca di capire le radici neurobiologiche alla base delle malattie, ma anche le ragioni sociali ed i motivi psicologici all’origine della sofferenza mentale.

Psichiatria e salute comportamentale
Diagnosi e terapie
Stefano Pallanti
Carocci editore
Studi Superiori

Occupandosi della prevenzione oltre che della cura, è attenta alle discriminazioni ed alle diseguaglianze sociali, alla condizione di solitudine che costituiscono la premessa di molte delle malattie. Deve inoltre individuare i diversi ostacoli che si possono incontrare prima di ricevere cure adeguate, come ad esempio lo Stigma.

Una caratteristica che rende la psichiatria, unica nella medicina, scienza oggettiva, è rappresentata dalla costante attenzione, ascolto dell’esperienza soggettiva del malessere, ed al modo con il quale ciascun individuo riferisce di questo nell’incontro con il medico. Per questo deve avere una sua capacità di interpretare il discorso di chi soffre.

Per provare a dare un esempio della vastità e complessità della psichiatria e salute comportamentale può servire riferirsi all’esperienza di questo momento, l’emergenza legata al nuovo Coronavirus che oggi fa soffrire molte più persone di quante ne vengano infettate: di questa ampia area di sofferenza vissuta da moltissime persone per motivi diversi la psichiatria dovrebbe avere un punto di osservazione preminente. Occupandosi ad esempio dei disturbi neuropsichiatrici delle persone che risultano infette del Covid-19, che quasi nel 90% presentano sintomi che vanno dalla confusione mentale alla perdita del gusto e dell’olfatto, all’ansia, alla depressione, dei disturbi conseguenti alla quarantena e all’isolamento, del supporto agli anziani, delle donne che sono in gravidanza e che affrontano oggi questa fase della vita con angosce comprensibili, della violenza domestica che è cresciuta per via della coabitazione imposta.

Ascoltare chi ha subito un lutto e non ha potuto neppure dare sepoltura al suo caro: i giovani che hanno perduto in poche settimane tutti i nonni e che potranno andare incontro a lutti complicati con lo sviluppo di abuso di sostanze o di cibo a scopo lenitivo o di ritiro sociale o dipendenza da internet.

Dovrebbe occuparsi dell’impatto post-traumatico sugli operatori sanitari, che da studi precedenti sappiamo potrà coinvolgere il 10% degli operatori, che già hanno dato un contributo di vittime elevatissimo, oltre che delle sequele a breve e a lungo termine dell’infezione da Covid-19 (ad esempio le encefaliti post-virali, le aggressioni infiammatorie del Sistema nervoso centrale conseguenti la “tempesta delle citochine” ’ l’incremento dei disturbi motori ed il monitoraggio dei neonati che, a causa dell’infiammazione materna, aumentano i rischi di disturbi del neurosviluppo).

Purtroppo occorrerebbe molta più psichiatria e molta più salute comportamentale soprattutto nella fase di prevenzione del suicidio, che statisticamente sappiamo già che aumenteranno, ma che potremmo in una qualche misura limitare se si attuassero quei programmi che hanno già dato prova di poter ridurre le vittime quando applicati con metodo. Parafrasando il titolo di un classico libro del grande filosofo Hans Gadamer ci domandiamo: dove si nasconde la Psichiatria?

Cosa sono i disturbi psichiatrici e perché ci si ammala?

Oggi parliamo di disturbi psichiatrici e non più di "malattie mentali". L'aggettivo "mentale" infatti viene ritenuto stigmatizzante" e non più adeguato a definire quelli che oggi la ricerca chiama "*brain diseases*", ovvero "malattie del cervello". Quindi, i disturbi psichiatrici sono delle vere e proprie malattie e, al pari di tutte le altre, non solo peggiorano la qualità della vita ma ne riducono la durata. Basti pensare che l'ansia patologica accorcia mediamente la vita di almeno 3-4 anni; io ricordo sempre ai miei studenti "non dite mai: è soltanto ansia, perché l'ansia grave è una malattia, non un "stato d'animo"

Tuttavia, dire semplicemente che i disturbi psichiatrici sono disturbi del cervello sarebbe una riduzione estremistica, poiché è altrettanto chiaro che il problema riguarda anche le disuguaglianze sociali e le disparità di genere, come pure il diritto all'accesso a programmi di prevenzione prima ancora che di cura. In una prospettiva globale, accanto alla ricerca neuroscientifica che si impegna a descrivere il percorso dal gene alla sindrome che conduce alla disfunzione dei circuiti cerebrali, la prospettiva guardiamo ai disturbi psichiatrici nell'ottica della vita nella comunità e cerchiamo di individuare fattori di vulnerabilità sociali che possono essere rimossi. In sostanza, possiamo dire che i disturbi psichiatrici sono un gruppo eterogeneo di disturbi del cervello, caratterizzati clinicamente da sintomi che coinvolgono principalmente gli stati emotivi, le funzioni cognitive elevate e la capacità di controllare i comportamenti complessi e che comportano uno scadimento funzionale e una ridotta aspettativa di vita. Per quanto riguarda il "come e perché ci si ammala", possiamo dire che esistono fattori di vulnerabilità genetica che sono espressi come comportamenti: questi ultimi fanno sì che taluni soggetti vadano più facilmente incontro a eventi stressanti, che per la risposta biologica facilitano modificazioni epigenetiche. Di recente si è capito che anche i meccanismi dell'infiammazione vengono coinvolti in modi differenti per diversi disturbi. Ci si ammala in maniera non del tutto dissimile rispetto ad altre malattie: l'essere sottoposti ad eventi negativi ha degli effetti fisici, come se si venisse aggrediti da un virus, in grado di agire sulle nostre capacità di risposta. C'è quindi un meccanismo fisico concreto, anche se la causa può essere un grosso dispiacere a cui non si riesce a fare fronte.

Quali sono le basi neurobiologiche della psichiatria?

Come dicevo prima, la ricerca considera i disturbi psichiatrici come "malattie del cervello", ovvero si propone di individuare le relazioni tra le unità di misura più basilari (ad es. i geni, le molecole, i tipi di cellule nervose), i circuiti cerebrali e i comportamenti osservabili – e quindi i sintomi e l'esperienza soggettiva della sofferenza. Questo rappresenta l'obiettivo di uno dei più recenti orientamenti di ricerca, ovvero il sistema Research Domain Criteria (RDoC) che è stato lanciato quasi una decina di anni fa dal National Institute of Mental Health negli Stati Uniti. Lo scopo è quello di sostanziare un approccio di "psichiatria di precisione", come già accade in altre discipline mediche, ovvero di un approccio basato su quanto si conosce della biologia del disturbo, che non parte dai sintomi, ma stabilisce una connessione tra dimensioni osservabili del comportamento e dell'esperienza umana e funzioni del cervello, secondo una visione traslazionale. Traslazionale vuol dire quali meccanismi cerebrali, a livello biomolecolare, sono coinvolti in una determinata patologia del comportamento.

Come si attua la prevenzione del suicidio?

Per prima cosa è bene ricordare che l'obiettivo di tutta la medicina è quello di aumentare l'aspettativa di vita e di prevenire gli atti che provochino una morte prematura. Giorgio Cosmacini, storico raffinato della medicina, diceva che la medicina è l'insieme delle discipline che si oppongono alla morte. In questo ambito, il suicidio è quindi un fenomeno che riguarda tutti, non solo i professionisti, poiché chiunque può fare qualcosa ed è chiamato ad essere soggetto attivo nella prevenzione del suicidio.

Tutti possono impedire un suicidio, tutti possono essere la persona giusta al momento giusto se sanno di poterlo esser e come fare. Per questo motivo, il superamento dei pregiudizi riguardo al suicidio è fondamentale per realizzare una adeguata prevenzione, che coinvolga l'intera popolazione. La maggior parte dei Paesi europei ed extra-europei sta incrementando i fondi destinati allo sviluppo di programmi di prevenzione del suicidio che si articolano su tre livelli di prevenzione: primaria (rivolta a tutta la popolazione, ad esempio con campagne di sensibilizzazione), secondaria (rivolta a gruppi di popolazione a rischio, ad esempio con programmi specifici per i medici di base) e terziaria (rivolta a soggetti ad alto rischio, ad esempio interventi mirati su soggetti con pregresso tentativo di suicidio). In linea generale, a livello individuale, ciascuno può fare qualcosa per prevenire il suicidio ed è chiamato a farlo seguendo tre principi basilari dell'intervento in questo campo, ovvero a) dimostrare di prendersi cura (ascoltare attentamente, considerare ciò che la persona dice rispetto al suicidio), b) parlare del suicidio (non esitare a tirare fuori l'argomento, fare domande precise) e c) fornire aiuto concreto (rassicurare la persona e incoraggiarla a rivolgersi a figure significative di riferimento per ottenere aiuto).

Qual è lo stato dell'assistenza psichiatrica oggi nel nostro Paese?
L'assistenza psichiatrica in Italia, per le risorse insufficienti che le sono destinate, in confronto alla gran parte degli altri paesi Europei, è per lo più destinata al sostegno della cronicità anziché alla prevenzione ed alla cura orientata alla guarigione che richiederebbero risorse prioritarie.

Quello che la Organizzazione Mondiale della sanità raccomanda: educazione, come "empowerment" e programmi orientati alla guarigione, per le prime fasi di chi sviluppa disturbi psichiatrici, sono assai carenti. Le diagnosi arrivano per lo più tardi, mentre se arrivassero prima e con programmi adeguati si potrebbe migliorare molto la vita delle persone e ridurre i costi futuri.

Un esempio su tutti: la diagnosi di disturbo dello spettro autistico, che oggi non viene più neanche considerata una malattia ma una "neurodiversità", che pur essendo sempre più frequente arriva tardi per poter davvero riabilitare.

Superato l'ospedale psichiatrico con la legge 180/1978, l'assistenza psichiatrica trova il suo punto centrale nel Dipartimento di salute mentale, che assicura la continuità terapeutica tra territorio, SPDC (Servizio psichiatrico di diagnosi e cura) e strutture intermedie (residenziali e semiresidenziali). Nel 2014 inoltre è stata disposta la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) con l'introduzione delle REMS (Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza sanitaria), ovvero strutture residenziali sanitarie gestite dalla sanità territoriale in collaborazione con il ministero della Giustizia, ove competente. Tuttavia, in Italia la spesa per la gestione della salute mentale è ancora molto inferiore rispetto ad altri Paesi europei ed extra-europei, e questo determina un'assenza quasi completa di servizi orientati alla prevenzione e alla guarigione. Da un lato infatti sappiamo che una diagnosi precoce ed un accorciamento della durata di malattia non trattata è in grado di favorire enormemente la prognosi ed il successo del trattamento, per cui un intervento in fase prodromica di malattia potrebbe essere determinante. Dall'altro, la gestione e la cura dei soggetti in fase di cronicità è fondamentale per garantirne una migliore qualità di vita ed un approccio orientato alla guarigione dovrebbe pertanto essere implementato per permettere una maggiore autonomia e benessere psicosociale.

Quali nuove classificazioni dei disturbi psichiatrici si sono oggi imposte?
Ad oggi, nel campo della psichiatria conosciamo tre principali sistemi di classificazione dei disturbi: l'International Classification of Diseases (ICD-11) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, utilizzato in tutta la medicina, il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM 5.0) della Associazione Americana di Psichiatria e il sistema Research Domain Criteria (RDoC) dell'Istituto Nazionale per la Salute Mentale statunitense. Le differenze tra i vari sistemi possono essere così sintetizzate: mentre l'ICD propone un approccio più orientato a descrivere dei prototipi riconoscibili anche da "non medici" per favorire la promozione della salute mentale, il DSM classifica i disturbi secondo categorie che oggi sono necessarie nella pratica clinica e di recente ha aggiunto, oltre alla definizione dei criteri per la diagnosi, anche una valutazione delle dimensioni psicopatologiche di ogni singolo caso. Invece, il sistema RDoC è una cornice di ricerca verso la "medicina di precisione" che predilige le unità di analisi obiettivabili, tre cui geni e circuiti cerebrali, da correlare a diversi domini di espressione di un disturbo, tra cui i comportamenti, favorendo un approccio traslazionale.

Quali sono i disturbi psichiatrici più diffusi nella nostra società?
Nella nostra società osserviamo un aumento, soprattutto negli ultimi decenni, dei disturbi da uso di sostanze (tra cui alcol, THC nicotina, cocaina), delle dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo, uso problematico di internet e dei social media) e dei disturbi del comportamento alimentare (anoressia nervosa, bulimia nervosa,

binge eating ovvero disturbo da alimentazione incontrollata), per i quali il peso dei fattori ambientali e culturali è particolarmente importante. Sono anche molto diffusi i disturbi dell'umore (tra cui i disturbi depressivi e dello spettro bipolare), in cui spesso può essere precipitante l'impatto degli eventi di vita. Assistiamo anche ad un'ampia diffusione dei disturbi dello spettro impulsivo-compulsivo, quindi non solo il disturbo ossessivo-compulsivo ma anche tutti i disturbi ad esso vicini come il disturbo da accumulo, la tricotillomania (ovvero strapparsi i capelli), la dermatillomania (o disturbo da escoriazione, in cui ci si provocano lesioni cutanee) e il disturbo da dismorfismo corporeo. Infine, si osserva anche un'ampia prevalenza di disturbi neurodegenerativi (disturbi neurocognitivi come le demenze vascolari, fronto-temporali, il morbo di Alzheimer) che sono correlate all'età e che oggi si osservano di più dato l'incremento dell'aspettativa di vita.

Quali nuove terapie ha introdotto la ricerca più recente?
Oltre alle tecniche e procedure che appartengono alla psichiatria interventistica (tecniche di neuromodulazione con diversi gradi di invasività), a livello farmacologico la ricerca ha recentemente verificato l'efficacia di farmaci per una cura più rapida della depressione resistente come la ketamina ed esketamina. È stato inoltre introdotto negli Stati Uniti il primo farmaco per il trattamento della depressione post-partum, mentre in Italia si va diffondendo una progressiva presa di coscienza dei trattamenti per il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD). Recentemente inoltre, uno dei focus della ricerca neurofarmacologica sono le terapie di immunomodulazione, ovvero in grado di agire sul sistema immunitario, le cui alterazioni oggi sappiamo essere coinvolte in alcuni disturbi psichiatrici.

Quali nuovi paradigmi terapeutici introduce la psichiatria interventistica?
Per prima cosa, la psichiatria interventistica è una branca emergente della psichiatria che si avvale di una serie di tecniche e procedure di "neuromodulazione", ovvero che modulano l'attività di specifiche aree e circuiti cerebrali, coerente con una visione dei disturbi psichiatrici centrata sulle disfunzioni dei circuiti cerebrali come cause prossimali. Il termine 'interventistica' non si riferisce tanto al grado di efficacia delle tecniche utilizzate, contrapponendole a quelle tradizionali, bensì fa riferimento all'utilizzo di trattamenti e procedure che richiedono da parte dello specialista, uno specifico training e implicano un grado di invasività maggiore rispetto agli interventi tradizionali. Di questi trattamenti fanno appunto parte le tecniche di neuromodulazione che, come detto prima, agiscono sul cervello in quanto organo elettrochimico, andando a modulare e stimolare specifiche aree cerebrali tramite correnti elettriche. Nell'immaginario collettivo, la più conosciuta – e forse stigmatizzata – è la terapia elettroconvulsivante (ECT), che è andata incontro ad una notevole evoluzione che l'ha resa sempre più sicura ed efficace, ma si utilizzano oggi tante altre metodiche con minor grado di invasività e con effetti collaterali pressoché trascurabili. Ad esempio, la Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS), la Stimolazione Transcranica a Corrente Diretta (tDCS) e più recentemente la fotobiomodulazione (PBM) rappresentano ottimi esempi di trattamenti a bassa invasività, estremamente tollerabili e che mostrano risultati promettenti in un'ampia serie di disturbi neuropsichiatrici.

Che rapporto esiste tra psichiatria e spiritualità?
Sebbene storicamente il conflitto tra psichiatria e religione sia ampiamente noto, è bene ricordare che religione e spiritualità non sono sinonimi. Infatti, mentre la religiosità si riferisce alla partecipazione o al sostegno di pratiche, credenze, atteggiamenti o sentimenti che sono associati a una comunità organizzata di fedeli, la spiritualità comprende invece le visioni personali ed i comportamenti che esprimono un senso di relazione con una dimensione trascendentale o con qualcosa di più grande di sé. Negli ultimi anni, la tendenza a prendere in considerazione la dimensione religiosa e spirituale nell'ambito della cura psichiatrica sta vedendo un'ascesa, soprattutto perché è sempre più evidente il fatto che la religione e la fede giocano un ruolo fondamentale nella vita di molti pazienti e nel loro modo di dare un senso alla propria esperienza di malattia. Molto spesso, la spiritualità e la religiosità agiscono infatti come veri e propri meccanismi di *coping*, ovvero di 'fronteggiamento' nei confronti della propria malattia e aiutano a dare un senso alla propria esperienza di sofferenza. Per questo motivo, la valutazione psichiatrica dovrebbe includere anche la considerazione e valutazione di tali aspetti e dell'impatto e del ruolo che essi giocano nel disturbo e nella sintomatologia della persona, privilegiando l'analisi dell'importanza soggettiva di queste dimensioni. In alcuni casi inoltre possono rappresentare un fattore

diversamente correlato a vari disturbi psichiatrici: mentre sembra rappresentare un fattore protettivo rispetto agli episodi depressivi e al rischio suicidario, in altri disturbi come nel disturbo ossessivo-compulsivo, sembra che la gravità sia correlata alla religiosità.

Cos'è la psichiatria positiva e quali ambiti di applicazione trova?
La psichiatria positiva è stata definita come "una nuova scienza della forza umana". Potremmo dire che è all'opposto della psichiatra che studia le condizioni di vulnerabilità, studia la forza, la resilienza dell'uomo e come queste caratteristiche possono essere migliorate: pertanto si propone di comprendere e promuovere il benessere, sia in persone affette sia in quelle a rischio di disturbi psichiatrici, attraverso valutazioni e interventi volti ad accrescere le cosiddette "caratteristiche psicosociali positive". All'opposto del tradizionale approccio psichiatrico la valutazione tende ad individuare e valorizzazione i punti di forza e gli attributi positivi della persona, delle risorse di psico e neuroplasticità e promuove interventi che incrementino il benessere. Per questi motivi, la psichiatria positiva è un approccio applicabile a tutta la psichiatria, che non si rivolge soltanto a particolari popolazioni di pazienti o fasce d'età. Informazioni, stile di vita, miglioramento delle migliori doti umane per vivere meglio, ammalarsi di meno, decidere meglio e convivere con minori conflitti. C'è ancora molto, molto da fare.

***Stefano Pallanti** è professore di **Psichiatria** alla Scuola di Scienze della salute umana e di Infermieristica dell'**Università di Firenze** e direttore dell'Istituto di Neuroscienze di Firenze. Insegna Psichiatria anche alla Stanford University di Palo Alto (CA), all'Icahn School of Medicine at Mount Sinai di New York, all'Albert Einstein College of Medicine di New York e all'Imperial College di Londra.*