

Malattia o non malattia?

pubblicata da Andrea Mazzeo il giorno martedì 14 settembre 2010 alle ore 8.05

Facendo seguito alle sollecitazioni ricevute, proseguo il discorso su malattia e non malattia, in psichiatria. Per mia comodità riprendo, integrandoli, alcuni miei precedenti scritti, sempre dalle lezioni alla Scuola Infermieri, per cui mi scuso con chi, già conoscendoli, leggerà cose note.

Cosa si intende per malattia è abbastanza chiaro per tutti: è tale l'alterazione di un organo che determini anche un'alterazione nella sua funzione e, quindi, una sofferenza dell'organismo; la sofferenza dell'organismo può, o meno, provocare anche una sofferenza individuale. Ad es., un'alterazione del fegato (infezione, intossicazione) può causare un cattivo funzionamento dello stesso (aumento delle transaminasi), una sofferenza generale dell'organismo (itterizia, debolezza) ed una sofferenza dell'individuo (coliche, cattiva digestione); in alcuni disturbi mentali (es., stati di eccitamento) manca la sofferenza dell'individuo (tecnicamente diciamo che non vi è coscienza di malattia).

L'aggettivo mentale significa attinente alla mente, che ha a che fare con la mente: già! Ma cos'è la mente? Non è certo un organo fisico, come il cuore, il fegato o altro; né la mente si identifica con il cervello, anche se l'esistenza del cervello è indispensabile perché esista la mente; è molto difficile dare una definizione precisa del termine "mente" senza ricorrere a giri di parole più o meno complessi.

Quello che ci interessa, come psichiatri, della mente dei nostri pazienti, è il modo in cui essa si pone in relazione con gli altri, e quindi con noi nella situazione del rapporto medico-paziente; a questo punto valutiamo se questa attività mentale, che ha portato il paziente a consultarci, sia da considerare la conseguenza di una malattia oppure no.

Attualmente, le classificazioni delle malattie mentali accettate a livello mondiale sono la Sezione Disturbi Mentali della Classificazione Internazionale della Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) e la classificazione della Associazione Psichiatrica Americana (A.P.A.).

La sezione specifica della classificazione dell'O.M.S. (I.C.D. - International Classification of Disease), ha risentito nel passato, delle diverse ipotesi sulle cause delle malattie mentali, e dei diversi orientamenti dei vari ricercatori (orientamento psicodinamico, orientamento organicista, orientamento sociale, ecc.), per cui vi era scarso accordo fra gli psichiatri sulla classificazione dei disturbi psichici. Per ovviare a questi problemi l'A.P.A. costituì un gruppo di lavoro per mettere a punto un sistema classificativo "neutrale", che potesse essere condiviso dalla maggior parte degli psichiatri. Nacque così il D.S.M. (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders), che è stato negli anni aggiornato e rivisto, giungendo alla IV edizione, che è quella cui si fa riferimento nel libro (http://www.societaeditricedantealighieri.it/libreria/index.php?main_page=product_info&cPath=96&products_id=1431).

Ritengo di fondamentale importanza sottolineare un aspetto. Per tutti i disturbi mentali previsti dal DSM uno dei criteri diagnostici, in assenza del quale non si può fare diagnosi del disturbo, è la compromissione psico-sociale, espressa da difficoltà in una o più aree del funzionamento psico-sociale (scolastico, lavorativo, delle relazioni umane, delle attività di svago, ecc).

Prendiamo ad es. la prima categoria diagnostica, quella dei *Disturbi dell'Apprendimento* (visto che parliamo di disturbi dell'infanzia-adolescenza); sono tre, il *Disturbo della Lettura*, il *Disturbo di Calcolo* ed il *Disturbo dell'Espressione scritta*, oltre alla quarta categoria, per i disturbi dell'apprendimento che non rientrano nelle precedenti.

Per tutti e tre i disturbi criterio diagnostico fondamentale, in assenza del quale non si può fare la diagnosi, è “*L'anomalia ... interferisce in modo significativo con l'apprendimento scolastico o con le attività della vita quotidiana che richiedono capacità (rispettivamente di lettura, di calcolo e composizione di testi scritti)*”.

Se questa compromissione manca, non si può diagnosticare un bel nulla.

Ma veniamo adesso al motivo di questa nota, e cioè alla PAS; chiaramente i sostenitori ad oltranza, della PAS non sentono ragioni, alla stregua dei fanatici religiosi, dei fondamentalisti, ed è per questo che li ho definiti “*talebani della PAS*”. Solo il fanatismo fa sì che si chiudano entrambi gli occhi davanti alle evidenze scientifiche, rifiutandole.

Il discorso è rivolto a chi ha voglia di ragionare.

Gardner nell'elencare i sintomi della presunta PAS non si è preoccupato di prevedere, oltre ai cosiddetti “sintomi”, anche la compromissione psico-sociale. Ma i concetti di Gardner sono ormai desueti; vediamo cosa scrivono gli epigoni dell'età moderna, e cioè Bernet e coll, nella loro piccola bibbia sulla PAS. Intanto si sono aggiornati, non parlano più di Sindrome ma di *Disturbo di Alienazione Parentale (PAD - Parental Alienation Disorder)*; e le due cose non sono intercambiabili.

Come criteri diagnostici ne propongono 6, da A ad F; il criterio E prevede: “*The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, academic (occupational), or other important areas of functioning*”. In questo si sono adeguati alle metodologie del DSM.

Non precisano però che per la diagnosi di PAD devono essere soddisfatti tutti e 6 i criteri diagnostici, e che in assenza di uno solo di essi non si può fare diagnosi del disturbo.

Qui da noi, nella tipica superficialità italica, basta il solo rifiuto del bambino verso un genitore a far costruire il castello in aria da parte dei cosiddetti esperti, senza necessità di approfondire ulteriormente. E come difendono il loro “lavoro” i cosiddetti esperti; una volta costruito, il concetto di PAS diviene per il malcapitato bambino e per il cosiddetto genitore alienante, un cappio al collo, un nodo scorsoio di quelli che più ti agiti più ti si stringe intorno al collo, sino a soffocarti; ogni tentativo di sfuggire alla diagnosi viene interpretato, secondo la logica perversa di Gardner, come ulteriore sintomo, e quindi segno di aggravamento della PAS. Poco importa che il piccolo “ammalato di PAS” sia in realtà un bambino perfettamente normale, che frequenta la scuola con profitto, ha una vita sociale normale per un bambino della sua età, ha buone relazioni con coetanei ed adulti, il cui unico “sintomo” sarebbe il rifiuto verso un genitore.

Ma, pur volendo confidare nella buona fede di Bernet e coll, stiamo vedendo sul web con quanta superficialità se ne parli da parte di chiunque, senza alcun approfondimento clinico; e con quanta superficialità questi concetti controversi sono stati inseriti in due progetti di legge (il 957 ed il 2209) che andrebbero ad incidere profondamente nel Diritto di famiglia. E del resto non è che ci si possa aspettare capacità di approfondimento clinico da parte di chi non è a ciò allenato da una lunga pratica clinica; non parliamone poi quando questi concetti finiscono nelle mani di avvocati, i quali, nell'espletamento del loro dovere professionale verso

il cliente da difendere possono arrivare anche a manipolare abilmente i concetti, capovolgendoli a loro vantaggio; e non sarebbero bravi avvocati se non facessero ciò.

Quando perciò si arriva a leggere cose come questa: *“L’allarme diffuso intorno al fenomeno pedofilia può fare sì che un genitore, preoccupato ad esempio da manifestazioni di disagio del proprio figlio (si tratta molto spesso di sintomi assai comuni e frequenti tra i bambini, quali l’enuresi notturna, la comparsa di incubi, oppositività al momento di andare a scuola, ecc...) o da segni e sintomi fisici fino ad allora mai manifestati (ma anche questi altrettanto frequenti, quali emorroidi, arrossamenti in zona genitale, lividi su cosce e natiche, ecc...) si faccia l’idea che ciò possa essere riconducibile ad un’azione esterna. Nella maggior parte dei casi, invece, l’indagine psicologica, se ben condotta, rivela che il disagio psicologico del minore ha a che vedere con un perturbamento dell’equilibrio familiare, quale un conflitto tra i suoi membri, una separazione tra i genitori o anche semplicemente la nascita di un fratellino. Allo stesso modo, i segni e i sintomi fisici possono trovare la loro spiegazione nella stipsi, nella scarsa igiene, nell’essersi toccati le parti intime con le mani sporche o nell’aver fatto dei giochi sulla sabbia”*, non ci si può non allarmare.

Emorroidi frequenti in un bambino?

Zone genitali che si arrossano da sole? Mica sono dei semafori!

Stipsi che causa lividi su cosce e natiche?

La scarsa igiene può causare lividi su cosce e natiche?

Giocando sulla sabbia ci si provoca lividi su cosce e natiche?

Ed infine, ammesso che un ruzzolone possa causare qualche livido, forse sulle cosce ma mai sulle natiche, tali lividi starebbero sulla faccia esterna della coscia, in prossimità della sporgenza ossea del grande trocantere, certo non sulla faccia interna; o in prossimità delle ginocchia, che è più probabile (chi di noi non si è sbucciato le ginocchia giocando da piccolo).

Se chi ha scritto quelle cose è in grado di dimostrarmi che emorroidi, stipsi ed arrossamenti nelle zone genitali sono frequenti nei bambini; se qualcuno è in grado di dimostrarmi come ci si possa procurare dei lividi sulla parte interna, o anteriore o posteriore della coscia, facendo un ruzzolone sulla sabbia o su un terreno più compatto, prometto di restituire la mia laurea in Medicina.

Questa è la manipolazione cui si prestano concetti come la PAS, o PAD.

Siamo arrivati al punto in cui la Politica deve prendere una posizione ferma; non farlo, continuare a lavarsene le mani, significherebbe incoraggiare, e quindi condividere, quelli che scrivono le cose di cui sopra.