

Limiti e possibilità di diagnosi e prognosi

Fiorina Meligrana

La riflessione che vi propongo nasce dal desiderio di condividere un sentimento di disagio e di inquietudine, come quello che mi attraversa quando un paziente come A., che due anni fa si è rivolto a me presentando una sintomatologia depressiva, dopo l'inaspettato licenziamento dal suo ruolo di dirigente, mi incalza ad intervalli più o meno regolari chiedendomi di formulare una diagnosi e fornirgli spiegazioni ora scientifiche ora psicogenetiche del suo malessere e mi ritrovo a cercare di sgusciar via con contro-domande e vaghe espressioni riguardanti la poca rilevanza della diagnosi all'interno del rapporto psicoterapeutico. In realtà so che nell'arco di questi due anni mi sono trovata ad oscillare tra varie ipotesi (disturbo ossessivo, strutturazione paranoide del carattere, grandiosità narcisistica?) senza trarne aiuto alcuno, mi sento frustrata dal non poter usare adeguatamente i farmaci a causa degli intollerabili effetti collaterali, molti dei quali elencati nel foglietto illustrativo e altri del tutto idiosincratici. Da due anni le sedute sono un copione ripetitivo del puntiglioso resoconto settimanale di stati d'animo inamovibili, resistenti ad ogni tentativo di risignificazione, che trova un'educata ma ferma opposizione da parte del mio colto, tenace e resistente paziente. Posso appigliarmi esclusivamente alla sua fedeltà nella continuazione della terapia e a quei momenti fugaci in cui posso cogliere un'espressione smarrita che mi fa percepire la profondità della sua solitudine, il suo desiderio impossibile di affidarsi. Non posso fare altro che restare lì, sperando che prima o poi qualcosa si muova. Eppure pazienti con profili sintomatici simili hanno tratto benefici notevoli dall'uso di terapie farmacologiche, perché questa volta no?

Nel corso degli studi di medicina mi ha particolarmente affascinata la precisione geometrica che caratterizza il ragionamento clinico, l'interconnessione lineare e la coerenza tra anatomia patologica, fisiopatologia, complesso di segni e sintomi, esami clinici e strumentali, che consentivano la formulazione di una diagnosi e di un giudizio prognostico e la possibilità di costruire, a partire da un punto qualsiasi, la rete di relazioni che connette la struttura dell'organo con le funzioni e, conseguentemente, con le sue eventuali disfunzioni. Questo risultava particolarmente evidente nel caso delle malattie del Sistema nervoso centrale per le quali, a partire dai sintomi, era possibile risalire ad una precisa localizzazione dell'area lesionata o disfunzionante. I sistemi nosologici costituivano precisi diagrammi che orientavano senza fallire nell'intricato reticolo delle espressioni morbose. Ricordo ancora, al primo approccio con la Clinica Psichiatrica, lo sconcerto prodotto dall'incerta e caotica nosografia delle malattie mentali, all'interno della quale non era possibile rintracciare quei punti di repere che si inscrivono nella materialità percettibile della sostanza corporea. Non per niente Michel Foucault individua

il punto di origine della clinica medica nella pratica settoria sul cadavere, dunque nella possibilità di ancorare la comprensione delle espressioni sintomatiche alle coordinate spaziali e temporali che emergono contestualmente alle trasformazioni che la patologia imprime agli organi; trasformazioni che, alterando la morfologia, modificano l'ordine spaziale e che, innescando una successione di eventi, possiedono una loro struttura temporale; spazialità e temporalità dalle quali dipendono i nessi causali che vincolano l'organizzazione delle classificazioni in medicina e, di conseguenza, permettono la strutturazione dell'intervento terapeutico e del giudizio prognostico. Vengo così alla domanda che mi guida in questa riflessione: è possibile rinunciare nella nostra pratica clinica alla prospettiva causale? Riusciamo a 'pensare' e a ordinare la realtà prescindendo dalle relazioni causa-effetto?

Nell'inquadramento delle forme del disagio psicologico esistono tanti sistemi diagnostici quante ipotesi psicogenetiche che hanno in comune il riferimento a un'ordine causale: la Psichiatria organicista fa riferimento agli squilibri neurotrasmettitoriali, la teoria freudiana classica alla fissazione ad una delle fasi dello sviluppo psicosessuale e al conflitto pulsioni-difese, la teoria delle relazioni oggettuali al fallimento delle relazioni precoci, la teoria dell'attaccamento riesce addirittura a schematizzare con precisione le declinazioni della disfunzione del rapporto con la figura di accudimento e potrei continuare con un lungo elenco di prospettive, ciascuna delle quali sembra portatrice di una sua verità, ma tutte mostrano quanto sia necessario avere in mente un ordine di tipo causale per poter prefigurare una qualche forma di intervento terapeutico e immaginare una possibile evoluzione delle situazioni patologiche con le quali ci confrontiamo.

Tuttavia la mia personale sensazione è che nell'attualità della relazione col paziente psichiatrico i confini dei riferimenti ordinativi (quale che sia il sistema di coordinate teoriche che scegliamo per orientarci) si fanno indistinti mentre precipitiamo nella fitta foresta tropicale dell'incontro, all'interno della quale spariscono i punti cardinali.

Torno per un momento al mio paziente e alla mia reticenza di fronte alla sua stringente richiesta di ricevere una diagnosi, mi rendo conto che non è dovuta soltanto alla mia difficoltà a formulare un giudizio clinico univoco ma anche all'indistinta sensazione che alimenterebbe il suo razionalismo, che contribuisce a intrappolarlo in una situazione senza apparente via d'uscita. Resto così sospesa fra il suo e il mio bisogno di mostrare tutta l'autorevolezza di una scienza che non possiedo e quello di trovare altri riferimenti che mi permettano di continuare a sostare nel buio.

Mi sorprende nella recente lettura di *Inquietanti azioni a distanza*, godibile testo divulgativo in cui George Musser ripercorre la storia della ricerca nella fisica teorica, constatare che il dibattito che anima la fisica presenta delle interessanti analogie con quello presente nell'ambito delle discipline psicologiche. L'osservazione di alcuni fenomeni che caratterizzano la fisica quantistica, infatti, ha comportato la messa in discussione delle cognizioni di spazio e di tempo così come siamo abituati a pensarli. In particolare la proprietà delle particelle subatomiche, separate da distanze che non consentono la loro interazione, di comportarsi in modo sincrono (fenomeno definito *entanglement*) in misura maggiore rispetto alla probabilità che ciò accada casualmente, fa sì che venga messo in discussione il principio di località. La nozione di località è il fondamento delle relazioni causali ed è ad esso che si deve l'idea della divisibilità dello spazio e della separazione dei corpi, i quali nel momento in cui vengono a

contatto esercitano effetto uno sull'altro. Alla località dobbiamo anche la percezione della nostra individualità in quanto esseri delimitati, separati e capaci di agire.

Tuttavia se l'ordine e la comprensibilità dell'universo materiale si fondano sulla località, una serie di fenomeni, osservabili a livello subatomico, non possono essere spiegati se non ammettendo che la località è una proprietà emergente da un livello più fondamentale non locale, un livello al quale lo spazio e il tempo collassano, le distanze sono abolite e il tempo non esiste, poiché tutti gli eventi sono contemporanei. Musser ci racconta che tra i fisici è in corso un vivace dibattito fra i sostenitori della località, quindi dell'idea di spazio, come principio organizzatore della materia, e i sostenitori della non località (i quali a loro volta elaborano differenti modelli di organizzazione non localistica della materia). Mentre i fisici sono alla ricerca delle equazioni che dimostrino la validità del loro modello anche le discipline psicologiche cercano la convalida sperimentale delle loro ipotesi esplicative, attraverso metodologie che vanno dall'uso di marcatori biologici o strumentali all'osservazione delle interazioni madre-bambino. Nonostante gli sforzi della ricerca, siamo ancora lontani da certezze che dimostrino la maggiore validità di un'ipotesi rispetto alle altre e dalla possibilità di fare riferimento ad evidenze che possano validare con sicurezza le ipotesi diagnostiche. Nel qui e ora della relazione con ciascuno dei nostri pazienti siamo costretti ad oscillare tra il bisogno di fare riferimento a criteri ordinativi che rendano dicibile quel che accade e la consapevolezza della non oggettività e non riproducibilità dell'unicità dell'incontro.

Lo sforzo di Jaspers di costruire un linguaggio condivisibile, che possa restituire una descrizione quanto più possibile fedele del modo in cui si presenta all'osservazione la soggettività del paziente, rimane a tutt'oggi lo strumento più valido di una possibile forma di oggettivazione, non esente tuttavia da deviazioni legate alla sensibilità dell'osservatore. Il prezzo della condivisione resta comunque la scarnificazione schematizzante, in cui si perde la ricchezza dell'interazione reale, fatta di una serie di dati ineffabili e non traducibili in un linguaggio 'scientifico', che riusciamo talvolta a dire saccheggiando il linguaggio poetico. In proposito mi sembra che Primo Levi descriva molto bene proprio questo: «Ciò che comunemente intendiamo per 'comprendere' coincide con 'semplificare': senza una profonda semplificazione il mondo intorno a noi sarebbe un groviglio infinito e indefinito, che sfidrebbe la nostra capacità di orientarci e decidere le nostre azioni. Siamo insomma costretti a ridurre il conoscibile a schema; a questo scopo tendono i mirabili strumenti che ci siamo costruiti nel corso dell'evoluzione e che sono specifici del genere umano, il linguaggio e il pensiero concettuale» (Levi 1986, p. 24).

Il fenomeno dell'*entanglement* richiama il concetto junghiano di sincronicità: «Sincronicità significa allora anzitutto la simultaneità di un certo stato psichico con uno o più eventi esterni che paiono paralleli significativi di una condizione momentaneamente soggettiva e – in certi casi – anche viceversa» (Jung 1976, p. 471).

È dunque la possibilità di cogliere i nessi di significato che rende efficace l'intervento terapeutico, ma tali nessi si costellano all'interno di una relazione dialogica governata abitualmente dalla nostra organizzazione percettiva che fa riferimento ad un ordine spaziale e temporale. Riuscire a riconoscere la qualità descrittiva delle denominazioni psicopatologiche, senza attribuire loro il carattere di realtà ultima, ci permette di restare aperti all'emergere di «fattori coincidenti quanto a significato» (ivi, p. 475).

Stern chiama momento ora l'emergenza di una consapevolezza che riordina e riorganizza l'esperienza individuale, momento creato da un precipitato di condizioni uniche e irripetibili, in parte imponderabili.

Vorrei ancora prendere a prestito dalla fisica quantistica un altro concetto, quello di singolarità, che fa riferimento all'osservazione di fenomeni irripetibili che si sottraggono ad ogni determinazione statistica. Penso che noi, nella pratica terapeutica, abbiamo a che fare con singolarità e che questo accada anche quando interveniamo farmacologicamente.

L'efficacia delle terapie farmacologiche sembra sottrarsi al rapporto di coerenza con i cosiddetti quadri clinici, per essere determinata da un insieme di complessi fattori aggiuntivi in cui il peso maggiore è esercitato dalla personalità del paziente e dalla fiducia nel terapeuta.

Un'altra conseguenza a mio avviso è la difficoltà se non l'impossibilità di formulare giudizi prognostici (ricordiamo che il significato letterale di prognosi è conoscenza anticipata), visto che l'evoluzione dei disturbi non dipende esclusivamente dalla gravità dei complessi sintomatici, ma dalla coesistenza di fattori multipli, quali personalità premorbose, dotazione cognitiva e culturale del paziente, livello sociale, contesto familiare e ambientale. La configurazione di

tali fattori è peculiare di ciascun individuo e, pertanto, difficilmente standardizzabile. Nella clinica delle altre discipline mediche la prognosi si basa sulla conoscenza dell'evoluzione naturale delle espressioni morbose, all'interno di condizioni definibili, che rendono possibile

l'analisi probabilistica. La medicina basata sulle evidenze si fonda in ultima analisi proprio sulla probabilità che le cose vadano in un certo modo, ad esempio, quando si deve sottoporre una persona ad un intervento chirurgico la si informa proprio sulla probabilità di riuscita dell'intervento, elaborata a partire dai dati statistici ottenuti dal totale degli interventi precedenti.

Ciò non toglie che ciascuno di noi operatori della salute mentale, in ognuna delle situazioni in cui agiamo come clinici, si formi un'idea della possibile evoluzione della situazione in cui è implicato con il paziente, affidandosi in qualche modo ad un complesso di sensazioni difficilmente oggettivabili, che trovano una sistematizzazione solo grazie a una riflessione *ex post*. In attesa che la ricerca in futuro possa fornire risposte definitive al mistero (ad oggi ancora tale) della malattia mentale, rimane il fatto che lo stato dell'arte ci costringe ad oscillare fra il tentativo di ordinare una congerie di fenomeni in complessi riconoscibili e comunicabili (se non altro nella comunità degli addetti ai lavori) e l'unicità di ogni singolo paziente e del rapporto che si stabilisce con lui.

Bibliografia

Foucault M. 1963, *Naissance de la Clinique*, PUF, Paris; trad. it., *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino 1969.

Jaspers K. 1964, *Psicopatologia Generale*, Pensiero Scientifico Editore, Roma.

Jung C.G. 1952, *La sincronicità come principio di nessi acausali*, in *OCGJ*, vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino 1976.

Levi P. 1986, *I sommersi e i salvati*, Einaudi, Torino.

Musser G. 2015, *Spooky Action at a Distance*, Scientific American / Farrar, Straus and Giroux, New York; trad. it., *Inquietanti azioni a distanza*, Adelphi, Milano 2019.

Stern D.N. 2004, *Il momento presente*, Cortina, Milano.