

Carlo Faravelli

LA
DIAGNOSI
PSICOPATOLOGICA

*Le parole di ieri
per la clinica di oggi*

Integrare le descrizioni della psicopatologia che ha preceduto l'era della diagnosi operativa con gli aspetti più moderni della nosografia psichiatrica si rivela un esercizio fondamentale per giungere a una psicopatologia che abbia al centro il paziente, un individuo con la propria umana complessità.

Casa Editrice Astrolabio

Prefazione

Quando, nei primi anni Settanta, iniziai il mio percorso formativo nel campo della salute mentale c'erano ancora i manicomi e non si parlava di DSM e diagnosi operative; il fulcro della pratica clinica era l'indagine psicopatologica. L'insegnamento che i professori e i colleghi più anziani ci trasmettevano era imperniato sul richiamo ai grandi narratori della psicopatologia. Anche nelle discussioni di gruppo sui casi clinici, vera palestra dell'apprendimento, ci venivano indicati i casi più paradigmatici: "Vedete, questo paziente ha tutte le caratteristiche della psicosi cicloide descritta da Kleist", e noi discepoli eravamo spinti a leggere Kleist. Quando sono passato dalla parte dei docenti ho adottato a mia volta questo metodo, sollecitando la discussione di gruppo dei casi clinici, individuando gli argomenti salienti e invitando gli specializzandi a studiare la letteratura in proposito. Nei congressi e nel confronto tra colleghi il richiamo alla letteratura psicopatologica è stato costante.

A distanza di oltre cinquant'anni sembra che la psicopatologia classica sia scomparsa, diluita, e soprattutto banalizzata, nell'elencazione dei criteri diagnostici, in glossari privi di consistenza culturale e profondità di pensiero. Pare che la psichiatria sia nata con il DSM-III (1980) e la letteratura scientifica di riferimento inizi con PubMed.¹

Ho già avuto modo di sottolineare questo, che è a mio avviso un impoverimento, in *La psichiatria con Macdonald* (Astrolabio, 2022), dove il taglio era sostanzialmente critico.

Partendo dalla convinzione che le descrizioni antiche possano ancora contribuire all'arricchimento della psicopatologia contemporanea, in questo volume ho cercato invece di avere un atteggiamento propositivo, indirizzato, spero, al miglioramento della pratica clinica, pur nel rispetto delle convenzioni attuali.

In questo libro ho cercato quindi di integrare le descrizioni della psicopatologia che ha preceduto l'era della diagnosi operativa con gli

¹ PubMed è la principale banca dati di pubblicazioni biomediche, disponibile gratuitamente online dal 1996.

aspetti più moderni della nosografia psichiatrica. Negli ultimi decenni, da quando la diagnosi viene fatta in base alla corrispondenza con criteri predefiniti, le descrizioni dei quadri clinici riposano quasi esclusivamente sulla elencazione dei criteri diagnostici. Questi, per quanto certamente puntuali, schematici e ben riproducibili, difficilmente riproducono la concretezza della clinica, e sono poco idonei a trasmettere l'informazione, la visione, l'esperienza dell'incontro col paziente in chi non ne ha consuetudine. Una diagnosi fatta attraverso l'elencazione dei sintomi resta pur sempre un elenco, l'incontro con un paziente ha invece sempre un'impronta 'in rilievo'. Dove nella diagnosi operativa c'è un insieme di elementi, per così dire, allo stesso livello, nella clinica c'è un prima e un dopo, un sopra e un sotto, talvolta anche un perché. Le narrazioni dell'epoca precedente, e ancor più quelle dell'epoca prefarmacologica, sono invece descrittive, articolate, vivaci, quasi romanzesche e tali da illustrare la raffigurazione prototipica del paziente affetto da disturbo mentale. Il contraltare è che spesso mancano di omogeneità, di confini ben stabiliti, di garanzia di riproducibilità. In altre parole, le diagnosi operative moderne sono centrate sulla malattia, i suoi confini, le caratteristiche necessarie per l'individuazione. Le trattazioni antiche tendono a riprodurre il paziente: sono descrizioni centrate sul prototipo, sulla narrazione estensiva dei casi tipici, senza particolari vincoli di precisione o necessità di riproducibilità. Mentre i sistemi diagnostici di ora costituiscono una trattazione completa, organizzata e teorica dell'insieme dei disturbi mentali, le narrazioni psicopatologiche rappresentano brani frammentari, non sempre coerenti tra di loro, talvolta ammantati di una interpretazione del loro tempo, ma sempre tratti e costruiti su solide fondamenta di esperienza clinica e capacità descrittiva.

Ho provato a saggiare le antiche descrizioni nella cornice degli attuali sistemi classificativi, tentando una commistione forse impropria. Ho quindi cercato di arricchire i sistemi diagnostici attuali con le descrizioni estensive e prototipiche di una volta. All'inverso si può anche vedere una sorta di cimento della psicopatologia antica alla luce dei criteri diagnostici di oggi.

Il libro è scritto fondamentalmente in ottica didattica e divulgativa, indirizzato in primo luogo ai giovani professionisti del settore, che formati sui criteri operazionali, non hanno avuto modo di approfittare anche della straordinaria vena narrativa degli psicopatologi del secolo scorso.

Il libro è quindi rivolto principalmente a specializzandi in Psichiatria e a psicologi clinici in formazione. Dato che, per definizione, ai giovani

professionisti manca soprattutto l'esperienza sul campo, ho pensato che l'esposizione narrativa da parte di grandi clinici di una volta potesse accelerare il processo di acquisizione dell'esperienza con il paziente.

Ciò che è scritto in queste pagine, in ogni caso, è fruibile anche da persone non professionalmente coinvolte nel settore. Ho cercato di evitare aspetti troppo tecnici, ho provato a esporre in maniera discorsiva alcuni concetti o posizioni specifiche che potrebbero essere ostiche per chi non ha una cultura specifica sull'argomento. A questo proposito ho deciso anche di scrivere un glossario a cui il meno esperto si può rivolgere per il chiarimento di termini o acronimi spesso usati in psicopatologia, ma alieni al linguaggio comune.

I testi di cui ho preso le narrazioni psicopatologiche abbracciano un periodo di grossomodo cento anni, dagli ultimi anni dell'Ottocento fino al 1980, anno di nascita della psichiatria basata sui criteri operazionali. La scelta dei brani e degli autori è assolutamente soggettiva e risponde agli unici criteri di convenienza (reperibilità e disponibilità) e di mie preferenze. Lì dove, tra i riferimenti bibliografici, il lettore troverà una doppia data accanto al nome dell'autore del brano citato, sappia che la prima si riferisce alla data della prima edizione dell'opera, e la seconda all'anno dell'edizione da cui è stata effettivamente tratta la citazione in questione. La suddivisione dei capitoli segue l'andamento tradizionale, comune nella maggioranza dei trattati, in cui l'aspetto clinico è prevalente. In ogni caso, non c'è un prima e un dopo: ogni capitolo può essere letto separatamente, ignorando la sequenza della stampa.

Introduzione

Le parole di ieri per la psicopatologia di oggi

A partire dagli ultimi anni del XVIII secolo e per tutto il XIX secolo, l'interesse per le scienze della natura ha avuto un risveglio di grande portata. Da una parte la corrente filosofica del positivismo ne forniva la base ideologica, dall'altra i viaggi, le spedizioni scientifiche, che andavano di pari passo con la colonizzazione, offrivano l'occasione per nuove osservazioni. Si affermò lo studio minuzioso della natura, sia in campo geografico e geologico, che in campo zoologico e botanico e in tanti altri settori. Le spedizioni scientifiche imbarcavano naturalisti appassionati, in cerca di nuove scoperte e nuove prospettive. Si compirono spedizioni memorabili, tra cui mi piace ricordare la crociera del brigantino Beagle, comandato da Robert FitzRoy (egli stesso naturalista e proto-meteorologo) che portava il giovane Charles Darwin. In tutto questo fiorire di interessi, di descrizioni minuziose e accuratissime di nuovi reperti, di relazioni scientifiche che divulgavano le recenti scoperte, anche la medicina accelerò il suo passaggio verso le scienze della natura. La dissezione sistematica dei cadaveri dei malati, che prese il nome di anatomia patologica, la scoperta dei microbi (inizio della microbiologia), insieme a tante altre scoperte di rilievo dettero uno statuto più 'scientifico' alla disciplina. Anche la psichiatria non si sottrasse a questa tendenza. Dopo che i 'liberatori' della follia (tra cui Pinel in Francia, Chiarugi a Firenze, Tuke in Gran Bretagna) ne avevano riportato l'origine a una malattia e quindi restituito una certa dignità umana ai pazzi, anche la follia si rivelò un campo fecondo per l'osservazione naturalistica. Nacquero nell'Ottocento le prime descrizioni di carattere scientifico¹ dei casi tipici, dei diversi modi di esprimersi della follia. Fin dall'inizio si trattava di osservazioni acute, brillanti, figlie dell'abilità descrittiva propria del secolo, che si stava imponendo in tutti gli altri campi dello studio naturalistico. Erano in grado di evidenziare i punti salienti del malessere, di fondere in una mirabile sintesi i comportamenti e i vissuti, l'esordio e l'evoluzione. Le descrizioni di Griesinger, di Baillarger, di Kahlbaum, di Falret erano così

¹ Senza confondere osservazione e interpretazione.

aderenti alla realtà clinica, così evocative, da incontrare l'accordo degli altri clinici e far parte così di un patrimonio comune. Le diagnosi venivano fatte quindi sulla base delle somiglianze che il caso da diagnosticare aveva con il caso tipico descritto nei testi scientifici.

Dalla definizione di questi 'oggetti del sapere medico' si originarono due necessità. Da una parte si sviluppò un interesse verso lo studio di quei fenomeni psicopatologici che certi gruppi di malati condividevano, anche al di fuori della loro diagnosi specifica. Il delirio, le allucinazioni, le alterazioni della coscienza, l'angoscia, eccetera, vennero studiate in un contesto extradiagnostico, come fatti sovraordinati. Così, come in medicina esiste la patologia generale che studia i meccanismi generali dell'infiammazione, dell'immunità, dei tumori e così via, in psichiatria si sviluppò la psicopatologia generale. Questa cercava di individuare, descrivere e, possibilmente, comprendere i singoli costituenti delle malattie mentali. Il grande merito di questo approccio non è stato quello di arrivare a scoperte eclatanti, che di fatto mai si avverarono, bensì di addestrare i clinici a una semeiotica fine, ragionata, capace di individuare nella patologia del paziente elementi non immediatamente espliciti, e nello stesso tempo fornire criteri per diagnosi (e diagnosi differenziali) basate su osservazioni più raffinate. L'altra esigenza che si originò dalla scoperta di questi nuovi oggetti (cioè malattie mentali specifiche) era studiare in che rapporto esse stanno tra loro. La sistematizzazione di questo campo del sapere si esplica nelle classificazioni.

In psichiatria le prime classificazioni erano fatte secondo un criterio soggettivo, empirico, valorizzando ora un criterio, ora un altro, senza elementi sostanziali di coerenza. Emil Kraepelin, riconosciuto come il padre della classificazione delle malattie mentali, in realtà non aveva creato un vero sistematico impianto classificatorio; si era limitato a distinguere malattie endogene ed esogene e a dividere le psicosi in due grandi gruppi a seconda del decorso. La classificazione kraepeliniana non fu mai davvero unanimemente accettata (Kraepelin stesso la cambiò con disinvoltura nel corso delle otto edizioni del suo trattato, pur mantenendo il principio delle due psicosi endogene): da una parte c'erano i fautori della terza psicosi (Kleist e Leonhard in primo luogo), che proponevano un modello sostanzialmente diverso, dall'altra modelli interpretativi personali della classificazione.

Binswanger e Siemerling (1904/1923)² organizzano la parte clinica

² La prima edizione dell'opera *Lehrbuch Der Psychiatrie* ("Trattato di Psichiatria") di Binswanger e Siemerling è del 1904. Le citazioni in questo volume provengono dalla traduzione italiana del 1927 della 6ª edizione tedesca del 1923.

del loro trattato in: a) mania e melancolia, b) forme periodiche e circolari, c) stati di esaurimento nervoso, d) paranoia, e) deliri, f) amenza, g) psicopatie costituzionali, h) imbecillità e idiozia, i) psicosi tireogene, l) processi schizofrenici. Un manuale di rilievo, caposaldo della psichiatria francese, Ey *et al.* (1960/1978), utilizza come primo criterio di divisione la distinzione tra malattie mentali acute (reazioni nevrotiche acute, crisi di mania, crisi di melancolia, psicosi maniaco-depressiva, psicosi deliranti acute, psicosi confusionali, epilessie) e malattie mentali croniche (perversioni e tossicomania, generalità su nevrosi, nevrosi d'angoscia, nevrosi fobica, isteria, nevrosi ossessiva, deliri cronici, psicosi schizofreniche, demenza, oligofrenie).

Weitbrecht, ancora nel 1963, nel capitolo "Le psicosi endogene" inserisce a) le forme depressive e maniacali, b) le forme schizofreniche e c) le "psicosi endogene non comprese nel raggruppamento 'classico' [...] tra cui 'Classificazione delle psicosi secondo Kleist e Leonhard'", riproponendo ancora la possibilità della terza psicosi. Anche l'americano Kolb (1934/1973), nel suo manuale, elenca una terza psicosi: le psicosi schizofreniche, le psicosi affettive, le psicosi paranoidee.

Comunque, pur con una certa disomogeneità, i testi di psichiatria sono andati via via uniformandosi nelle due distinzioni classiche, nevrosi-psicosi e, tra le seconde, psicosi maniaco-depressiva versus schizofrenia; paradigmatico Bini e Bazzi (1954/1971) in cui si dividono gli abnormi psichici (nevrotici e psicopatici) e le psicosi endogene (schizofrenia e distimia). Questa impostazione viene adottata nella classificazione internazionale delle malattie mentali (ICD-8), a cui si rifà la seconda classificazione dell'American Psychiatric Association (APA) (DSM-II).

Tra la fine degli anni Cinquanta del Novecento e il 1980 si assiste a un rinnovamento epocale della struttura della psichiatria. La scoperta dei primi farmaci efficaci nei disturbi psichici, la successiva contestazione alla disciplina stessa (l'antipsichiatria), la de-istituzionalizzazione (brusca in Italia con la legge 180/1978, più graduale negli altri paesi), la nascita di psicoterapie più accessibili rispetto alla psicoanalisi, hanno mutato in maniera fondamentale l'oggetto della psichiatria, non più limitato ai soli ricoverati nei manicomi, ma fatto in larga misura di casi-istiche ambulatoriali.

L'allargamento del campo di studio, il maggior peso, anche economico, della disciplina, i concomitanti cambiamenti del mondo medico hanno quindi reso necessaria una rivisitazione dei modelli psicopatologici, diventati inadeguati per le esigenze degli studi scientifici. Sono nate le prime scale di valutazione, i protocolli standardizzati, le prime dia-

gnosi basate su criteri riproducibili e, infine, come logica conseguenza, un intero sistema diagnostico 'operazionale', cioè, costituito da criteri precisi e riproducibili: la terza edizione del Manuale diagnostico e statistico dell'APA, il DSM-III del 1980. Con il DSM-III inizia un nuovo capitolo della psichiatria, che ci conduce direttamente ai giorni nostri. La classificazione 'kraepeliniana' viene ufficialmente accettata (seppur con molti distinguo e allontanamenti).

Vengono stabiliti criteri univoci per fare diagnosi, nelle edizioni successive si amplia sempre più il campo della psichiatria, si definiscono meglio le patologie, si inseriscono glossari. Il mondo psichiatrico è pienamente conquistato, anche l'ostico pregiudizio degli europei viene meno e perfino l'ultima classificazione internazionale (ICD-11) si uniforma al DSM-5, pur con un flebile tentativo di mantenere la descrizione basata sul prototipo.

Mentre il DSM-III era nato per rispondere all'esigenza di arrivare a una buona riproducibilità del procedimento diagnostico (inizialmente era stato concepito per la ricerca), il suo grande successo, ampliato dalle edizioni successive, lo ha reso di fatto un manuale, un libro di testo, una narrazione scritta e codificata dei fatti clinici. Nella quinta edizione rivista, del 2022 (DSM-5-TR), il testo di accompagnamento sovrasta nettamente i criteri diagnostici, e non fa mistero di volersi proporre come l'opera di base, non solo diagnostica, della psicopatologia mondiale.

Quasi tutti i manuali di psichiatria o di psicologia clinica editi dopo il DSM-III usano come indice organizzativo il sistema diagnostico in voga al momento e uniformano la descrizione della clinica alle classificazioni dell'ultimo DSM uscito prima della pubblicazione del manuale. Descrivono poi le malattie psichiatriche sulla base dei criteri diagnostici, ipotizzando l'uguaglianza tra sintomatologia clinica e questi ultimi. In altre parole: a) in un insieme sindromico si identificano prima gli aspetti più rappresentativi e discriminanti nei confronti di altri disturbi; b) si costruiscono i criteri specifici per quel disturbo; c) da quel momento i criteri costituiscono la descrizione del disturbo, che resta imprigionato nella sua stessa gabbia. Dai casi clinici più rappresentativi, espressi in forma narrativa, vengono estratti dei criteri che a loro volta divengono la descrizione rigida e assoluta, di quella patologia.

Il fatto che il passo iniziale sia rappresentato sostanzialmente da definizioni e raggruppamenti condivisi, ma arbitrari, raramente supportati da evidenze di qualche tipo, viene del tutto ignorato. Si ritiene che il disturbo sia proprio come è descritto nel manuale diagnostico; le sfumature, le incertezze, i passaggi progressivi da una forma all'altra si perdono

nella reificazione e nella schematizzazione. Le convenzioni, i compromessi, le indeterminazioni, che pure erano alla base della scelta dei criteri, svaniscono nella solidità e stabilità dei criteri stessi. Non è più la malattia che si esprime attraverso i suoi sintomi, ma sono i criteri diagnostici a costringere la malattia in confini predefiniti. Il diagnosa che si basa sul DSM *prima* ha in mente i criteri diagnostici, e *dopo* va a verificarne la presenza nel paziente. Una elencazione di sintomi sostituisce la narrazione del paziente, lo inquadra in una casella predefinita, lo spoglia di ogni individualità. Si costituisce una vera e propria inversione del procedimento diagnostico: qui è la scatola che caratterizza il contenuto.

Dalla narrazione psicopatologica del divenire, del fluttuare della vita psichica, della concatenazione dei sintomi, della comprensione dei vissuti, in una parola da una diagnosi basata sull'individuo, si passa a un procedimento in cui la persona deve paradossalmente adattarsi per rientrare in una casella prestabilita. Quando questo adattamento non riesce bene e il malato mal si conforma ai criteri, è comune quello che è stato definito *l'errore di Procuste*, che consiste nel modificare inconsapevolmente le caratteristiche del paziente al fine di farlo corrispondere ai criteri. Si tende a credere che il disturbo sia quello rappresentato dai criteri. Si tratta del tipico esempio di reificazione: da un'idea si fa una cosa.

Ho sotto gli occhi due edizioni diverse del classico *Manuale di Psichiatria* di Giberti e Rossi. La prima edizione, del 1972, edita da Vallardi, è quella su cui ho studiato quando ero specializzando. È organizzata secondo lo schema classico: sindromi schizofreniche, sindromi distimiche, sindromi psiconeurotiche, eccetera. Nel capitolo sulle sindromi distimiche,³ per fare un esempio, Franco Giberti distingue le sindromi distimiche endogene, le sindromi distimiche del periodo involutivo, le depressioni neurotiche reattive, di ognuna di queste descrivendo le diverse presentazioni (melanconia agitata, depressione logorroica, depressione d'autoaccusa, eccetera). La sesta edizione del 2007 (editore Piccin)⁴ adotta l'impostazione del DSM-IV-TR. Nel capitolo sui disturbi dell'umore, redatto da Gabrielli, si parla di episodio depressivo maggiore, descritto seguendo il DSM e illustrandone i criteri uno per uno. Lo stesso si ritrova, nel classico manuale americano di Kaplan e Sadock, nel

³ Qui 'distimia' è usato nell'accezione classica, etimologica, di disturbo dell'umore. Diventerà sinonimo di depressione lieve cronica solo dal DSM-III in poi (v. *Mini-glossario*).

⁴ Posseggo queste due edizioni. Non ho verificato le edizioni intermedie, né la settima, pubblicata nel 2023.

confronto tra le prime edizioni (1972, 1976, allora Freedman, Kaplan e Sadock) e l'edizione del 1992. A onor del vero, non tutti i manuali degli ultimi trenta o quaranta anni sono così: esiste un gradiente in cui pochissimi continuano a privilegiare l'impostazione clinico descrittiva, pur citando i criteri. Molti ripetono i criteri del quarto o quinto DSM, ma in un impianto narrativo, altri ancora si limitano a elencarli come se corrispondessero esattamente alla descrizione clinica. Resta comunque sempre evidente il fenomeno, già accennato, per cui dalla descrizione dei pazienti si creano i criteri diagnostici, che successivamente vengono adoperati per descrivere un paziente che è ormai cristallizzato in uno schema predefinito.

Ora, a costo di essere ripetitivo, riepilogo il procedimento: a) prendo le principali descrizioni narrative della depressione, b) ne individuo gli aspetti (i sintomi) che hanno in comune, c) costruisco dei criteri diagnostici sulla base di quei criteri. E fin qui tutto bene, anche se ciò è necessariamente riduttivo. Poi viene l'abnormità: d) i criteri divengono essi stessi la descrizione prototipica del paziente. Ma *quel* paziente non è mai esistito!

Come esprimono bene Rossi Monti e Stanghellini (1999):

Nel raffigurarsi l'immagine di una data sindrome, ciascuno si orienta a partire da alcuni casi paradigmatici, assai più che fare riferimento a liste di criteri diagnostici [...]. Il processo diagnostico è assai più prossimo a una tipizzazione che si compie sulla base di una apprensione globale – olistica – del caso osservato, piuttosto che al sistematico riconoscimento di singoli aspetti la cui somma porta alla conclusione diagnostica [...]. Inoltre, questa apprensione globale fa riferimento a tipi idealizzati a partire da osservazioni particolarmente pregnanti e significative – una specie di imprinting che si compie sulla base del caso che più si imprime nella mente in quanto esemplare. D'altra parte, non si può ignorare che ciascun paziente, come un prisma, rifrange in particolar modo un determinato aspetto della sintomatologia che globalmente caratterizza una data sindrome (p. xxvi).

Vent'anni dopo lo stesso Stanghellini, con Abbate Daga e Ricca (2021), osserva che "un'altra conseguenza negativa del nosografismo è che molti giovani psichiatri, addestrati a concepire i criteri diagnostici come rappresentativi dell'intera condizione disordinata dei pazienti, potrebbero considerare i criteri operativi come 'tutto ciò che è necessario sa-

pere' su quella condizione. Il nosografismo potrebbe così aprire la strada a una 'psichiatria semplificata' e al suo impoverimento". Come dice Gøsta Esping-Andersen, il limite principale di ogni classificazione sta nella sua staticità. Una tipologia è una fotografia del mondo in un particolare punto del tempo – è difficile che colga le mutazioni dei vecchi raggruppamenti o la nascita di tipi nuovi. Il suo destino è essere superata dalla storia.

Questo è l'andamento storico della conoscenza. Se però l'oggetto della conoscenza è imprigionato, congelato nella sua definizione a priori, costretto a conformarsi ai criteri, allora vengono a mancare la flessibilità e la mutevolezza necessarie per i cambiamenti.

In questo volume si è cercato di integrare le descrizioni *precedenti* la psichiatria dei criteri operazionali (psichiatria operazionale) con le concezioni moderne delle diagnosi. Da una parte le narrazioni ricche, profonde, di straordinaria intensità comunicativa, le descrizioni fluide, cangianti, i resoconti di tipo cinematografico, film invece di fotografie, di giganti della psichiatria pre-DSM-III, dall'altra la riproducibilità, l'obiettività, la sicurezza delle diagnosi operazionali.

Il concetto fondamentale è che si possono derivare le diagnosi DSM-5 o ICD-11 dai casi di Kraepelin o di Weitzbrecht, ma non è possibile risalire a Kraepelin o a Weitzbrecht da DSM-5 o ICD-11. Ho quindi tentato di riproporre la diagnosi psicopatologica secondo criteri meno usuali rispetto ai trattati classici, ma non facilmente reperibili nella letteratura specialistica contemporanea. Il principale obiettivo è quello di riportare i giovani professionisti del settore, siano essi psichiatri o psicologi clinici, a una conoscenza psicopatologica tradizionale.

All'occorrenza, i fenomeni psicopatologici che sono considerati più nucleari, tipici, vengono riportati e descritti indipendentemente dal contesto diagnostico, ribadendo il concetto che *prima* vengono i fatti (i fenomeni clinici e psicopatologici) e *dopo* le classificazioni. Si è cercato di evitare le interpretazioni filosofico-esistenziali, talvolta un po' astruse, della psicopatologia fenomenologica tradizionale, così come non ci si è voluti addentrare nei meandri delle pur ricche considerazioni psicoanalitiche o cognitiviste. Si è cercato di dare un'informazione stabile, non eccessivamente variabile, riportando quelle descrizioni, fatte anche cento anni fa, che ancora oggi sono moderne e attuali. I casi non più attuali, come per esempio l'amenza, sono stati omissi, come pure le forme pesantemente condizionate dall'ambiente manicomiale. Gli argomenti (i capitoli) sono suddivisi in maniera empirica, sulla base dei modelli e prototipi clinici e psicopatologici salienti, evitando le usuali suddivisioni

della psicopatologia (disturbi della percezione, della coscienza, del pensiero...). Si è voluta evitare una organizzazione rigidamente basata sulle diagnosi, come detto, mutevoli nel tempo, mentre i quadri psicopatologici tendono a essere più stabili. Per lo stesso motivo ho volutamente evitato di trattare gli aspetti terapeutici (che si modificano nel tempo) e le interpretazioni eziopatogenetiche (allo stato attuale per lo più inconcludenti). Si è cercato invece di evidenziare gli elementi clinicamente rilevanti, utili al rilevamento diagnostico, al contatto con il paziente e alla sua comprensione e in ultima analisi funzionali alla diagnosi, qualsiasi sistema diagnostico si voglia usare. Insieme agli elementi più 'classici' della psicopatologia generale ho inserito qualche considerazione più semplice, al limite del banale, per semplificare certi concetti.

Indice

<i>Prefazione</i>	pag.	7
<i>Introduzione</i> . Le parole di ieri per la psicopatologia di oggi	»	10
1. Paura, angoscia, panico, fobia. I volti dell'ansia	»	19
<i>Appendice I</i> . Aspetti neuroetologici	»	87
<i>Appendice II</i> . Terminologia	»	95
2. L'isteria: la grande simulatrice	»	97
3. Ossessioni, compulsioni, impulsi. L'Ananke	»	120
<i>Appendice III</i> . Lo spettro ossessivo compulsivo impulsivo	»	176
4. Mania e depressione: la patologia dell'umore	»	183
5. Il delirio	»	271
6. Pensiero, percezione, rappresentazione	»	329
7. Gli stati psicotici acuti	»	378
8. Non psicotici, non nevrotici e neppure normali. La sintomatologia borderline: un quadro ancora da capire	»	404
9. Il corpo, il cibo, l'invasione della mente	»	428
10. Lo stress e le patologie collegate	»	467
11. Perché la diagnosi	»	492
12. Conclusioni	»	516
<i>Ringraziamenti</i>	»	528
<i>Mini-glossario</i>	»	529
<i>Bibliografia</i>	»	534

CARLO FARAVELLI

LA DIAGNOSI PSICOPATOLOGICA

*Le parole di ieri per
la clinica di oggi*

Dal 1980, anno di pubblicazione della terza edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali dell'American Psychiatric Association (DSM-III), la diagnosi psicopatologica è fondata su criteri precisi e riproducibili, i cosiddetti 'criteri operazionali'. La descrizione dei disturbi riposa dunque quasi esclusivamente sull'elencazione di questi criteri, che sono essenzialmente riconducibili ai sintomi. Agli albori del Novecento la psicopatologia era invece descritta in termini narrativi, e il paziente tipico veniva tratteggiato con dovizia di particolari, prestando attenzione alle sfumature più lievi; veniva raccontato in misura dinamica, ponendo l'accento sull'evoluzione della patologia, sul rapporto tra i sintomi, senza tralasciare l'impatto del disturbo sulla vita sociale e relazionale. I grandi psicopatologi davano vita a ritratti ricchi e avvincenti, in grado di ricreare il quadro vivo del paziente, il prototipo di un disturbo che si imprimeva nella mente anche di chi non aveva consuetudine con la clinica. Il rovescio della medaglia era rappresentato dalla mancanza di uniformità, dalla soggettività, dall'assenza di quella riproducibilità oggi imprescindibile in campo scientifico.

L'autore mette a confronto le descrizioni della psicopatologia di ieri con i criteri diagnostici di oggi (DSM-5-TR e ICD-11); ne scaturisce una sintesi accurata, in cui al centro dell'attenzione clinica sono i pazienti, non i sintomi, senza trala-

sciare per questo la rigorosa obiettività delle diagnosi di oggi. Forme che non trovano più cittadinanza nella nosografia contemporanea, come neurastenia, isteria, parafrenia sono analizzate e scomposte alla luce degli odierni sistemi classificativi. Analogamente, alcune peculiarità del fatto clinico, ben evidenziate in passato ma oggi trascurate, vengono recuperate anche nella nosografia attuale usando con più attenzione gli strumenti forniti dagli attuali sistemi diagnostici.

L'orientamento profondo e descrittivo che ha guidato la psicopatologia del secolo passato è quindi ben integrabile nella clinica attuale, e il lettore, il professionista che desidera storicizzare le sue conoscenze quanto il medico in formazione, sarà guidato verso la diagnosi attraverso antiche narrazioni non prive di valore letterario, perché un'analisi più consapevole di quanto si osserva e si ascolta dal paziente può fare da argine alla deriva verso la superficialità e l'eccessiva semplificazione di cui la clinica odierna è troppo spesso permeata.

* * *

CARLO FARAVELLI è stato professore ordinario di Psichiatria, direttore della Scuola di specializzazione in Psichiatria e del dottorato in Scienze psicologiche presso l'Università di Firenze. Per venticinque anni ha co-diretto il Master internazionale in Affective Neuroscience dell'Università di Maastricht. Presidente della Società Italiana di Psicopatologia dell'Alimentazione, consigliere della Società Italiana di Psichiatria e della Società di Psicopatologia, ha all'attivo numerose pubblicazioni scientifiche internazionali. In questa collana è già stato pubblicato *La psichiatria con Macdonald* (2022).