

Epidemiologia psichiatrica e psichiatria italiana. Uno sguardo al passato, uno sguardo al futuro

*Psychiatric epidemiology and Italian psychiatry.
Looking at the past, looking at the future*

MICHELE TANSELLA

L'analisi di quello che è successo e che sta succedendo ed il tentativo di intravedere ciò che potrebbe succedere, o meglio ciò che si vorrebbe succedesse in futuro nell'epidemiologia psichiatrica italiana non possono prescindere da una ricognizione più generale e dallo sforzo di riassumere orientamenti e percorsi emersi, in questo settore disciplinare, fuori del nostro Paese. Questa necessità deriva anche dal fatto che l'epidemiologia psichiatrica, come ho avuto modo di scrivere qualche tempo fa e di ripetere più recentemente, è una disciplina relativamente nuova in Italia, mentre ha una storia più lunga e pregnante altrove, soprattutto nel mondo anglosassone (Tansella, 1985; 1992). Siamo dunque ancora, sia pure in misura decisamente minore rispetto al passato, nella posizione di chi insegue e sta tentando di appaiarsi, piuttosto che di chi traccia nuove piste e apre nuove strade.

Prima di entrare nel merito del discorso mi sembra opportuno utilizzare qualche riga per chiarire alcune definizioni ed il significato di alcuni termini. Senza ritornare sulla distinzione tra epidemiologia psichiatrica e psichiatria epidemiologica, per la quale si rimanda a Michael Shepherd (1985), ritengo sia interessante ricordare qui al lettore italiano una definizione del termine «epidemiologia clinica» che serve ad illustrare e a comprendere meglio l'utilità del percorso «dalla pratica psichiatrica all'epidemiologia», così come del percorso inverso «dall'epidemiologia alla pratica psichiatrica». Vedremo tra breve quali

sono i dati che documentano la suddetta utilità e che senso hanno questi due percorsi o meglio questo percorso in entrambe le direzioni.

Lo spunto a questo chiarimento e lo stimolo alla maggior parte delle considerazioni che saranno sviluppate nella parte iniziale di questo Editoriale mi sono state fornite da un lavoro di Brian Cooper (1993), apparso sulla rivista *Psychological Medicine*. Cooper ricorda come il termine «epidemiologia clinica» sia stato variamente definito nel corso degli ultimi vent'anni. Alcune definizioni, di origine nordamericana, fanno riferimento, ad esempio, all'epidemiologia clinica come «applicazione delle scienze cliniche di base alla diagnosi ed al trattamento del singolo paziente» (Sackett *et al.*, 1985), oppure «ai determinanti ed agli effetti delle decisioni cliniche» (Spitzer, 1986). Questi approcci all'epidemiologia clinica, se da un lato sono utili per insegnare ai medici ad utilizzare in modo più sistematico i dati clinici, dall'altro non li stimolano in alcun modo ad alzare lo sguardo fuori dei loro reparti ospedalieri, dei loro ambulatori o dei loro laboratori, nel territorio; se si intende l'epidemiologia clinica in quel modo viene anzi tracciata una distinzione artificiale tra essa e «l'epidemiologia di popolazione», distinzione che di fatto scoraggia la *public health perspective* nella pratica della medicina (Cooper, 1993). L'importanza di adottare una prospettiva di salute pubblica in medicina ed in particolare in psichiatria, alternativa ai principi ed ai modelli privatistici, non avrebbe forse bisogno di essere ulteriormente sottolineata. Ciononostante ritornerò su questo punto più avanti, limitandomi qui a rimandare il lettore ad un lavoro di Holland (1991) per il chiarimento di alcuni

Indirizzo per la corrispondenza: Prof. M. Tansella, Servizio di Psicologia Medica, Istituto di Psichiatria, Ospedale Policlinico, 37134 Verona.

Fax (+ 39) 045-585.871.

aspetti teorici e ad alcune nostre considerazioni sulla psichiatria territoriale come modello organizzativo rispettoso della summenzionata *public health perspective* (Tansella & Bellantuono, 1993).

È opportuno quindi, per illustrare l'utilità del percorso bi-direzionale pratica psichiatrica-epidemiologia clinica, usare quest'ultimo termine nel senso originale di Paul (1958), cioè di «una indagine che inizia con l'esame e la diagnosi del paziente che si presenta nell'ambulatorio del medico o in ospedale e si sposta quindi alla sua famiglia, al quartiere nel quale il paziente abita, al suo posto di lavoro, ai luoghi nei quali la malattia è comparsa e potrebbe ricomparire; cioè laddove anche altre persone possono presentare gli stessi disturbi o la stessa patologia». Questo approccio che, secondo Jablensky (1993), può essere definito in modo più appropriato «psichiatria epidemiologica» è di importanza fondamentale per lo studio dei disturbi mentali, come è noto e come si cercherà qui di chiarire ancora una volta.

DALLA PRATICA PSICHIATRICA ALL'EPIDEMIOLOGIA

Esistono numerosi dati in letteratura che dimostrano come l'approccio sopra ricordato abbia permesso di chiarire l'origine e talora di identificare la causa di alcuni disturbi mentali. Questi parziali successi devono incoraggiarci a mantenere attivo ed a sviluppare questo «modo di ragionare» sui fenomeni, sui disturbi e sui sintomi che giungono all'osservazione dello psichiatra. Cooper (1993) ricorda alcuni di questi dati; dalla identificazione della deficienza nutrizionale come causa della pellagra (un classico dell'epidemiologia clinica applicata allo studio dei disturbi mentali; vedi Shepherd, 1978) agli studi che hanno chiarito il ruolo eziopatogenetico di agenti infettivi, di tossici ambientali ed anche quello della trasmissione sociale di *pattern* comportamentali abnormi e della comunicazione sociale di aspetti psicopatologici.

Cercherò di far qui, a beneficio del lettore italiano, una sintesi di quanto riportato da Cooper (1993) su ciò che le ricerche più significative hanno dimostrato nel corso dell'ultimo secolo.

Tra gli *agenti infettivi* si può ricordare il *treponema pallidum* e l'identificazione, mediante metodo epidemiologico, dell'infezione sifilitica come causa della paralisi progressiva da parte di Valdemar Steen-

berg. Questo medico danese, che aveva lavorato nella clinica dermatologica di Copenaghen, riconobbe alcuni suoi vecchi pazienti, affetti da paralisi progressiva, durante una visita occasionale da lui fatta nell'Ospedale Psichiatrico St. Hans. Colpito da questa osservazione, decise di indagare in modo sistematico, utilizzando i dati clinici disponibili. Le conclusioni della sua ricerca, riportate nella sua tesi di dottorato, e delle quali egli poi riferì ad un Congresso internazionale (Steenberg, 1884), furono accolte con scetticismo dall'ambiente medico e accademico dell'epoca; esse in realtà anticipavano di quasi trent'anni la scoperta del *treponema* nel cervello dei pazienti che erano stati affetti da paralisi progressiva (Nogouchi & Moore, 1913), scoperta che rese chiaro a tutti l'origine sifilitica della malattia.

Un altro esempio dell'importanza dell'epidemiologia clinica (in questo caso delle conseguenze negative che ebbe un insufficiente investimento nelle ricerche epidemiologiche) è rappresentato dal caso dell'encefalite epidemica; in particolare dalle difficoltà che fu necessario superare, all'inizio di questo secolo, per riconoscere l'origine degli stati confusionali e psicotici (che si osservavano nelle fasi acute della malattia, spesso prima della comparsa dei segni neurologici; von Economo, 1929), dei disturbi della personalità e del comportamento (nei bambini) e delle psicosi di tipo schizofrenico, dei disturbi compulsivi e dei deficit cognitivi (negli adulti) che si osservavano nelle fasi più tardive della suddetta malattia.

Tra i *fattori tossici ambientali* si può ricordare il caso dell'*ergotamina* che aveva contaminato la farina con cui si preparava il pane, in un villaggio vicino a Montpellier, all'inizio degli anni '50. Tale contaminazione fu riconosciuta responsabile, grazie ad un'osservazione clinica e ad una interpretazione dei fatti *epidemiologically-based*, delle sindromi acute deliranti, con allucinazioni, agitazione psicomotoria, insonnia e stati confusionali che avevano improvvisamente colpito 200 dei 4000 abitanti del villaggio (British Medical Journal, 1951; Lancet, 1951).

Altri esempi sono rappresentati dal riconoscimento dell'intossicazione di grado lieve da mercurio come causa dei disturbi di tipo ansioso, con tremori e nervosismo intenso (Agate & Buckell, 1949), dall'identificazione dell'intossicazione epidemica da mercurio (presente, a quell'epoca, nei dentifrici e nei vermifughi) come responsabile dei disturbi psichici che fanno parte del quadro clinico dell'*acrodinia* (Warkany & Hubbard, 1951), dal riconoscimento dell'avvelenamento da mercurio, come causa dei disturbi caratterizzati da deterioramento mentale, atas-

sia progressiva e tremore intenzionale osservati tra i pescatori dei villaggi della Baia di Minamata (Kurland *et al.*, 1960) ed infine dal caso dell'esposizione al piombo riconosciuta responsabile di disturbi neuropsicologici e dell'apprendimento nei bambini (Rutter, 1980; Royal Commission on Environmental Pollution, 1983).

In altre situazioni l'epidemiologia clinica, nel senso inteso da Paul, ha permesso di identificare un meccanismo di *trasmissione psicologico-sociale di comportamenti anomali* e di chiarire così l'origine dei fenomeni patologici giunti all'osservazione degli psichiatri. In questo senso il meccanismo della trasmissione sociale ha potuto essere in qualche modo assimilato a quello del «contagio» delle malattie batteriche e virali ed ha stimolato i clinici a riconoscere fattori predisponenti, fattori precipitanti e persino il soggetto *carrier*, il comportamento del quale (o della quale) aveva determinato la diffusione del disturbo, grazie a meccanismi di modellamento e di imitazione. Cooper (1993) ricorda il caso della piccola epidemia di svenimenti e di altri sintomi «di tipo isterico», osservati a Londra tra le alunne di una stessa classe in seguito alla morte di una studentessa che aveva abbandonato la scuola perché rimasta incinta e che aveva avuto un'emorragia cerebrale subito dopo il parto (Benaim *et al.*, 1973). Tale episodio, in una situazione caratterizzata dallo stress legato agli esami e dalla presenza, nella famiglia di una delle studentesse vittime dell'epidemia, di un fratello a cui era stata da poco fatta diagnosi di piccolo male (dopo che egli aveva manifestato sospensioni dello stato di coscienza, cioè «svenimenti!»), appare paradigmatico per dimostrare come sia possibile un meccanismo di trasmissione psicologica di disturbi emotivi, in particolari condizioni ambientali. Ma non sempre i clinici sono stati in grado di interpretare correttamente i sintomi ed i disturbi che giungevano alla loro osservazione. Un esempio è quello che accadde a Londra negli anni '50. Più di 100 tra infermiere ed (in minor misura) infermieri del Royal Free Hospital presentarono sintomi caratterizzati da febbre, vertigini, disturbi della vista, diplopia, debolezza motoria, parestesie, dolore spontaneo. Tali sintomi furono interpretati come disturbi di origine virale («encefalomielite mialgica benigna») (Lancet, 1956). Un ri-esame più attento della situazione e dei dati clinici, 15 anni dopo, permise invece di concludere per una interpretazione etiopatogenetica di tipo psicogeno («isteria epidemica») (Mc Evedy & Beard, 1970). Questa ricostruzione dei fatti rappresenta un elegante esempio di studio epidemiologico retrospet-

tivo, effettuato sulle cartelle cliniche. Altri esempi vengono riportati da Cooper (1993) nel lavoro citato, al quale rimando per ulteriori approfondimenti.

DALL'EPIDEMIOLOGIA ALLA PRATICA PSICHIATRICA

Le possibili utilizzazioni dell'epidemiologia, o meglio dell'epidemiologia statistica, che Cooper (1993) considera il vero complemento (al posto della «epidemiologia di popolazione») dell'epidemiologia clinica, sono state a suo tempo elencate da Morris (1975) in un volume che è giustamente considerato un classico. L'elenco comprende sette diverse utilizzazioni, che possono in realtà essere raggruppate in tre settori: la ricerca delle cause delle malattie; la pianificazione e la valutazione dei servizi sanitari; le applicazioni utili alla pratica clinica. Ci interessa qui fare riferimento in particolare al terzo settore. Si tratta dunque di completare il percorso iniziato con le osservazioni dello psichiatra clinico, attento non solo a trattare adeguatamente i singoli casi tenendo conto del contesto, ma anche a comprendere e svelare le possibili implicazioni per la comunità dei disturbi che egli osserva nei suoi pazienti. Quelle osservazioni infatti possono rappresentare talora il punto di partenza per la formulazione di ipotesi, che vanno poi testate con altre osservazioni da pianificare ed eseguire su vasta scala, oppure con disegni sperimentali ad hoc, utilizzando tecniche statistiche adeguate. È possibile infine che i risultati di quelle ricerche abbiano, a loro volta, una ricaduta nella pratica psichiatrica. Dunque il percorso procederebbe dalla pratica clinica all'epidemiologia (questa fase costituirebbe l'essenza dell'epidemiologia clinica); seguirebbe poi una fase di studio e di verifica delle ipotesi (le strategie di ricerca dell'epidemiologia statistica) ed il percorso si concluderebbe con un ritorno alla pratica, laddove i risultati della ricerca «statistica» vengano tradotti in conoscenze utili per il clinico.

Quali esempi possiamo fare per dimostrare l'utilità dell'ultima fase di questo percorso per la pratica psichiatrica? Cooper (1993) ricorda tre gruppi di ricerche.

Nel *primo gruppo* sono comprese tutte quelle ricerche che hanno aiutato lo psichiatra ad allargare i suoi orizzonti ed a completare lo spettro delle malattie e dei disturbi mentali. Da alcuni anni si sta infatti osservando, in psichiatria, un progressivo sposta-

mento da modelli categoriali dei disturbi mentali a modelli dimensionali; tale spostamento, che aiuta ad inquadrare meglio i casi atipici e quelli *bordeline* e talora ad identificare i casi in fasi precoci, prima che la sintomatologia clinica sia conclamata, è stato ed è reso possibile anche dai contributi forniti dalla ricerca epidemiologica; in particolare dallo sviluppo di misure e di strumenti che hanno permesso di descrivere e di identificare le condizioni intermedie tra malattia e salute e di distinguere sintomi clinicamente significativi (osservabili di solito solo nei campioni clinici) dagli stati di sofferenza o dai sintomi sub-clinici (che si osservano più spesso nella popolazione generale). Gli studi sul ritardo mentale e quelli sui disturbi cognitivi osservabili in relazione al progredire dell'età ed i risultati che hanno dimostrato l'utilità del modello del *continuum* piuttosto che quello che prevede l'esistenza di categorie separate e distinte (i bambini ritardati da un lato, quelli sani dall'altro; i vecchi dementi ed i vecchi sani) rappresentano buoni esempi al riguardo (Cooper, 1993). Un altro esempio è costituito dall'importante tema della comorbidità e dell'associazione tra malattie organiche e disturbi psichici, tema aperto ed indicato alla ricerca clinica proprio dalla ricerca epidemiologica (Fink, 1990; Mayou *et al.*, 1991).

Nel *secondo gruppo* sono incluse le ricerche epidemiologiche che hanno consentito al clinico di sviluppare e modificare i suoi concetti diagnostici ed i sistemi classificatori. Questa influenza della ricerca epidemiologica sulla clinica può teoricamente esercitarsi in due modi: laddove la prima identifichi, mediante l'analisi dei dati, nuove costellazioni di sintomi, cioè nuove sindromi da proporre al clinico; oppure laddove essa testi la validità delle sindromi che il clinico ha costruito a tavolino, o meglio ha identificato sulla base della sua esperienza.

Il primo procedimento (*bottom-up*) è stato in realtà utilizzato raramente ed ha dato finora uno scarso contributo allo sviluppo dei sistemi diagnostici in psichiatria, sia quelli antichi, sia quelli più moderni, che sono tutti di tipo *top-down*. Se il suddetto contributo dell'epidemiologia alla classificazione è stato scarso, esso non è stato comunque irrilevante; si può qui ricordare, ad esempio, che sono stati decisivi i dati forniti dall'epidemiologia per la critica della dicotomia depressione endogena-depressione reattiva. Tale dicotomia, di fatto, è stata recentemente abbandonata e non compare più né nell'ICD, né nell'DSM. Infatti studi condotti sia in campioni ospedalieri che nella popolazione generale hanno dimostrato il ruolo dei *life-events* che procedevano la

comparsa di sindromi depressive, senza trovare differenze sostanziali tra i pazienti la cui depressione era stata definita «endogena» o «psicotica» e quelli con depressione «reattiva» o «nevrotica» (Brown *et al.*, 1979; Bebbington *et al.*, 1988). In un'altra ricerca la proporzione di pazienti depressi che aveva avuto almeno un *life-event* grave nei sei mesi che avevano preceduto la comparsa dei sintomi è risultata simile tra i pazienti «endogeni» e «non endogeni», qualunque fossero i criteri diagnostici utilizzati per tale divisione (i *Research Diagnostic Criteria*, oppure i criteri di Vienna, la *Cluster Analysis*, i criteri del sistema CATEGO o quelli del DSM-III). Solo l'utilizzazione dei criteri dell'ICD-8 ha messo in evidenza differenze significative tra i due gruppi di pazienti (Katschnig *et al.*, 1986).

È successo invece, talora, che i sistemi classificatori *top-down* siano stati validati a posteriori dalle ricerche epidemiologiche. Ricordiamo, ad esempio, il lavoro di Eaton *et al.* (1989) che (usando la *latent class analysis*) ha validato con dati di popolazione provenienti dallo studio ECA i concetti diagnostici dell'episodio depressivo maggiore del DSM-III. Può essere interessante ricordare anche come un sistema *top-down* moderno (il sistema diagnostico CATEGO, basato sulla PSE-9 e sull'ICD-9) si sia dimostrato concordante con il sistema diagnostico proposto da Kraepelin nell'88.6% dei casi di *dementia praecox* e nel 76.9% dei casi di psicosi maniaco-depressiva, osservati direttamente dallo psichiatra tedesco e dai suoi collaboratori a Monaco, nel 1908 (Jablensky *et al.*, 1993).

Al *terzo gruppo* appartengono infine quelle ricerche epidemiologiche che, con disegni longitudinali, hanno dimostrato l'importanza della presenza di disturbi psichici sull'attesa di vita, sul rischio di disabilità e su altre misure di esito. In questo gruppo rientrano ad esempio le ricerche longitudinali sugli effetti della presenza di un genitore con disturbi psichici sulla salute mentale dei bambini (Rutter, 1989), ma anche sulla loro vulnerabilità ad andare incontro ad incidenti e traumi, anche in relazione della classe sociale di appartenenza (Brown & Davidson, 1978; Klein, 1980; Nersesian *et al.*, 1985). I clinici, fortunatamente, sono oggi più interessati che in passato allo sguardo longitudinale, cioè a valutare gli esiti ed a fare previsioni prognostiche; ma anche a scegliere tra alternative di trattamento, considerando gli effetti che possono comparire a distanza, oltre che i risultati attesi a breve termine. Si tratta indubbiamente di un cambiamento di attitudine, che è una conseguenza dei risultati ottenuti dalle ricerche epidemiologi-

che, che va incoraggiato, in relazione al progredire delle nostre conoscenze.

L'EPIDEMIOLOGIA PSICHIATRICA IN ITALIA PRIMA E DOPO LA RIFORMA PSICHIATRICA DEL 1978. UNO SGUARDO AL PASSATO

A luglio 1969 si svolse ad Aberdeen, in Scozia, un Simposio sull'epidemiologia psichiatrica, organizzato sotto l'egida della *Section of Epidemiology and Community Psychiatry* della *World Psychiatric Association* (WPA). Quel Simposio ha avuto una notevole importanza, non solo per la qualità dei contributi presentati, ma anche perché fu il primo di una serie che da allora sono organizzati a cadenza biennale (o, in qualche caso, triennale) dalla suddetta *Section* della WPA e che rappresentano la principale occasione, a livello internazionale, per coloro che sono interessati agli aspetti epidemiologici dei disturbi mentali ed al *public health approach* a quei disturbi, di incontrarsi e di fare il punto sulle conoscenze scientifiche che si vanno accumulando. Un certo numero di volumi, nei quali sono stati pubblicati di volta in volta contributi selezionati tra quelli presentati ad alcuni dei Simposi suddetti, costituiscono un'interessante documentazione ed una traccia attendibile del percorso che è stato compiuto negli ultimi 25 anni dall'epidemiologia psichiatrica (Hare & Wing, 1970; Wing & Hafner, 1973; Robins *et al.*, 1980; Wing *et al.*, 1982; Cooper, 1987; Cooper & Helgason, 1989; Cooper & Eastwood, 1992; Dalgard, 1994). Ebbene gli psichiatri italiani, occasionalmente presenti (in sparuto numero!) come uditori ai primi tra i suddetti Simposi, hanno cominciato a partecipare attivamente, presentando contributi poi pubblicati, solo nel 1985, in occasione del Simposio che ha avuto luogo ad Edimburgo (Cooper, 1987). Mi pare che ciò documenti in modo abbastanza chiaro il ritardo accumulato dall'epidemiologia psichiatrica italiana fino agli anni '80. Una ulteriore prova è costituita dal fatto che uno dei pochi articoli pubblicati su di una rivista internazionale negli anni '60 e '70 che riporti dati italiani è opera di un sociologo americano, che passò alcuni mesi a Roma, grazie ad una borsa di studio Fullbright (Rose, 1964).

In realtà è il 1978, l'anno della riforma psichiatrica, che segna in Italia il passaggio dal diffuso disinteresse per l'epidemiologia ed in generale per l'approccio scientifico alla psichiatria sociale, ad una

crescente attenzione per i temi e per i metodi di indagine dell'epidemiologia psichiatrica; si stava infatti passando dall'impostazione sociopolitica fortemente ideologizzata degli anni '60 e '70 a quella sociopsichiatrica ed epidemiologica degli anni '80 (De Salvia, 1992). Il radicale atteggiamento di critica, talora di rifiuto totale, non solo della diagnosi, ma di tutti gli approcci quantitativi e dei tentativi di misurare i fenomeni ed i sintomi di interesse psichiatrico, andavano gradualmente stemperandosi in una più flessibile disponibilità ad accettare l'idea che anche l'epidemiologia psichiatrica potesse dare un contributo al processo di trasformazione dell'assistenza psichiatrica in atto nel nostro Paese.

Alla lotta al manicomio, alla quale non si era ritenuto potesse dare alcun contributo l'epidemiologia (si ricorda che i manicomi avevano rappresentato fino ad allora tutta la psichiatria italiana, se si eccettua l'assistenza fornita dalle cliniche universitarie e dagli ambulatori di «igiene mentale»), era diventato necessario associare la lotta per la difesa dei Servizi territoriali, previsti dalla riforma del 1978. Se l'epidemiologia era stata ritenuta inutile per abbattere e distruggere il vecchio, ad essa si cominciò a guardare con interesse perché aiutasse a costruire il nuovo; perché consentisse una trasfusione di «scientificità di tipo quantitativo» alla psichiatria sociale italiana, che era stata negli ultimi 15 anni, fino al 1988, essenzialmente psichiatria politica. Una particolare enfasi fu data subito infatti alla valutazione dei servizi, mentre continuavano a rimanere in ombra altri settori dell'epidemiologia psichiatrica come gli studi di popolazione, l'identificazione dei fattori di rischio, ecc. Ma come per tutte le trasfusioni ci sono stati anche problemi di compatibilità e fenomeni di rigetto ed alcuni Servizi territoriali, nati dalle esperienze di lotta al manicomio che erano state definite «esemplari», hanno continuato a rimanere poco interessati a documentare in pubblicazioni scientifiche di qualità e di livello internazionale il loro stile di lavoro ed il nuovo modo di fare psichiatria. Altrove è andata meglio.

Si era comunque messo in moto in Italia un processo in grado di produrre cultura epidemiologica in psichiatria; questa cultura ha a sua volta consentito di accumulare, in questi ultimi quindici anni, dati e conoscenze che rendono possibile ora tenere il passo con la ricerca epidemiologica che viene prodotta fuori del nostro Paese. Senza entrare nel dettaglio posso dire che, in sintesi, i risultati ottenuti possono essere così riassunti:

a) messa a punto di strumenti e di metodologie di

ricerca. Si tratta essenzialmente di scale, interviste, questionari (che, in molti casi, sono stati tradotti da altre lingue e validati nelle versioni italiane, ma che talora sono stati originalmente sviluppati in italiano e che ricercatori stranieri stanno ora traducendo nelle loro lingue), ma anche di metodologie statistiche e di analisi dei dati. Possiamo oggi dire che il *gap* metodologico è stato colmato;

b) produzione di dati descrittivi della morbilità psichiatrica in *setting* specialistici (si vedano tutte le ricerche italiane effettuate con i registri dei casi), nel *setting* della medicina generale e nella popolazione generale. Tali dati, per qualità, sono spesso confrontabili con quelli raccolti fuori del nostro Paese e consentono, finalmente, di effettuare confronti e tentare interpretazioni delle similitudini e delle differenze emerse e che emergono.

c) lenta diffusione e progressivo consolidamento di un modo di ragionare e di modelli concettuali scientificamente fondati (l'approccio epidemiologico alla psichiatria) che fanno sperare che si diffonda anche nel nostro Paese l'attitudine a discutere in modo critico sui dati, piuttosto che sulle opinioni, a proposito di questioni cruciali come l'efficacia dei trattamenti, la scelta, nel lavoro clinico quotidiano, tra diversi programmi di cura e di assistenza e l'impiego più razionale delle risorse disponibili. Si tratta in realtà di un processo che è ancora alle prime fasi e di un consolidamento che deve essere giudicato ancora insufficiente, come vedremo tra breve.

UNO SGUARDO AL FUTURO

Abbiamo finora ricordato l'utilità del percorso che va dalla pratica clinica alla ricerca epidemiologica per ritornare poi alla pratica clinica, per far procedere le nostre conoscenze sulle malattie mentali e per determinare cambiamenti innovativi nell'assistenza e nella cura dei nostri pazienti. Ma come procedere? da dove cominciare? «Comincia dal principio, disse il Re molto grave, e vai avanti finché non arrivi alla fine; allora fermati» (L. Carroll, *Le Avventure di Alice nel Paese delle Meraviglie*, 1865). Ma qual'è il principio in un processo circolare che deve vedere protagonisti ora i clinici, ora i ricercatori e che comunque può procedere ed andare avanti solo se gli uni e gli altri imparano a conoscersi meglio e a collaborare? Jablensky (1993) ha scritto recentemente: «*Il modo di pensare epidemiologico, co-*

me metodo di organizzare le osservazioni sui disturbi mentali che vengono fatte nella popolazione, e la *scienza clinica*, come la base dalla quale si sviluppano lo studio e la gestione dei casi individuali, sono intrinsecamente collegati e si danno reciproco supporto».

Se dovessi indicare le priorità della ricerca epidemiologica in psichiatria ed in psicologia clinica e quindi gli sviluppi che appaiono più interessanti per il futuro, nella nostra situazione, farei un elenco di questo tipo:

— studi controllati, *epidemiologically-based* e condotti su campioni rappresentativi, che consentano una valutazione dell'efficacia teorica (*efficacy*) di specifici trattamenti, ma anche di modelli organizzativi dei Servizi psichiatrici l'efficacia dei quali è tutt'ora non provata o non è stata provata in modo sufficientemente rigoroso;

— progetti di ricerca che consentano di valutare l'efficacia pratica (*effectiveness*) di trattamenti, di interventi e di stili di lavoro diversi nella realtà della pratica dei Servizi. Si tratterà in questo caso di studi descrittivi e di *follow-up* di tipo naturalistico, basati su di un monitoraggio di routine, standardizzato e multidimensionale, delle condizioni cliniche dei pazienti, ma anche della loro performance sociale, della valutazione dei loro bisogni, ecc. Tali studi, che dovranno integrare valutazioni quantitative con valutazioni qualitative ed associare a misure obiettive misure soggettive (con particolare attenzione alla soggettività dei pazienti) (Ruggeri & Dall'Agnola, 1993; Ruggeri, 1994; Ruggeri & Tansella, 1995), dovranno inoltre farsi carico di valutare gli esiti in relazione ai costi (Amadeo *et al.*, 1995);

— progetti da condurre nella medicina generale e nell'ospedale generale, che consentano di passare dall'epidemiologia descrittiva (la valutazione della morbilità) alla valutazione di strategie e tecniche di intervento diverse, finalizzate a migliorare, ad esempio, le abilità dei medici di base, degli internisti, dei chirurghi e degli altri specialisti, nell'identificare e nel trattare i disturbi mentali (compresi ovviamente quelli associati ad altre patologie) dei pazienti che giungono alla loro osservazione;

— progetti che mirino ad identificare le cause delle malattie mentali e/o i fattori che determinano l'insorgenza o il riacutizzarsi dei disturbi. Si tratta di ricerche multidisciplinari difficili, che richiedono lo sforzo congiunto di psichiatri e psicologi clinici, di epidemiologi e di sociologi, di psicologi e psichiatri infantili, di genetisti, di biochimici e di statistici, ed anche l'impiego sia di tecniche e strategie che appar-

tengono alla tradizione della cosiddetta psichiatria biologica, sia di quelle della cosiddetta psichiatria sociale.

Ma se l'inizio del processo è quello di far crescere l'epidemiologia clinica, di rendere più attenti ed acuti gli psichiatri (ma anche gli psicologi clinici) nel cogliere le possibili implicazioni per la comunità dei disturbi da loro osservati, bisognerà investire subito energie e risorse per modificare la formazione e la didattica e per determinare cambiamenti significativi nelle attitudini dei nostri colleghi più giovani.

Si tratta sostanzialmente di criticare, di combattere e di eliminare il «pregiudizio individualista» sostituendolo con categorie di lettura e con pratiche terapeutiche e di intervento che non solo siano attente al rapporto tra le persone ed il contesto, ma che risultino scientificamente validate. Carli (1993), in un recente saggio sul «prodotto della psicologia», ha sostenuto che il suddetto pregiudizio «necessariamente riporta alla psichiatria». Egli inoltre ha scritto: «la psicologia consente di fondare la propria prassi su un modello che integra individuo e contesto, sia sul versante diagnosi/conoscenza che su quello della strategia/intervento. La psichiatria, di contro, deve fare riferimento al concetto di cura quale *restitutio ad integrum*, in quanto fondata sulla reversibilità del sintomo o della forma patogena: indipendentemente dal contesto e dal significato idiosincratico del rapporto tra individui, gruppi organizzati, modelli culturali e contesto. La psichiatria non ha strumenti di analisi della fenomenologia individuo-contesto; e quando abbandona la prospettiva orientata univocamente all'individuo, lo fa per ancorarsi a pratiche ideologicamente fondate. In una oscillazione periodica tra medicina e ideologia, il cui movimento è chiaramente visibile ai nostri giorni». Io non condido questo punto di vista, per due motivi: innanzitutto non vedo questa antitesi tra psicologia e psichiatria, almeno che non ci si voglia riferire solo alle teorie ed alle pratiche della psichiatria culturalmente più povera ed arretrata. Inoltre anche la psicologia e la psicologia clinica non sono state e non sono immuni dal «pregiudizio individualista»; anzi, come lo stesso Carli ammette in un altro saggio (Carli & Panizza, 1993), queste discipline «hanno fondato per lungo tempo la loro analisi e la loro ricerca sull'individuo quale unità di riferimento». In secondo luogo proprio la cosiddetta «psichiatria epidemiologica» (Shepherd, 1985; Tansella, 1985; Jablensky, 1993) rappresenta, a mio avviso, una concreta dimostrazione dell'esistenza di una psichiatria che nega il pregiudizio individualista e che fa riferimento a teorie e

pratiche scientificamente fondate, grazie anche alla collaborazione di *allied sciences* come la psicologia, la sociologia, la biologia, ecc.

Ma la psichiatria epidemiologica non è certo maggioritaria o prevalente, né fuori né dentro il nostro Paese. Come farla crescere? Da dove cominciare?

I pazienti che noi vediamo nei nostri ambulatori, nei Centri di salute mentale, nei reparti di diagnosi e cura non devono essere considerati solo persone che hanno bisogno di cure, di aiuto e, talora, di protezione; devono essere visti anche come *delegati* delle loro famiglie e dei loro gruppi di riferimento, come *messaggeri* di novità, di cambiamenti nello stato di salute della popolazione; come «avamposti» isolati che potrebbero anticipare l'arrivo «in battaglioni» di altri pazienti e che possono a volte suggerire l'esistenza di altre sofferenze, non rese visibili da una richiesta di aiuto, cioè da un processo di medicalizzazione o di psicologizzazione (Cooper, 1993). Citando Amleto¹ Brian Cooper (1993) ha infatti intitolato il suo articolo, al quale mi sono più volte riferito in questo Editoriale, «*Single spies and battalions: the clinical epidemiology of mental disorders*».

Ho ricordato sopra l'importanza di adottare in psichiatria una prospettiva di salute pubblica. Ciò significa sviluppare un modello assistenziale basato su servizi psichiatrici pubblici forti, ricchi di risorse e responsabili dell'assistenza e della cura di *tutti* i pazienti residenti nell'area, compresi quelli più gravi; di servizi in grado di assicurare loro continuità di interventi (terapeutici e riabilitativi) coerenti e non contraddittori, anche per lunghi periodi di tempo. L'esperienza insegna che tale modello è *alternativo* (non *complementare*) al modello assistenziale «individuale», centrato cioè su interventi separati sul singolo (in genere effettuati da uno specialista invece che da un *team* di operatori) e basato sulla pratica privata.

In che misura il percorso illustrato in questo Editoriale venga ostacolato da un approccio alla psichiatria di tipo «individuale», ispirato all'ideologia della pratica privatistica e religiosamente concentrato solo su aspetti e trattamenti biologici, oppure sull'analisi del mondo intrapsichico (di pazienti e terapeuti), mi auguro sia chiaro a tutti coloro che hanno avuto la pazienza di seguire il mio ragionamento fino a questo punto. Per una ulteriore, intelligente critica del riduzionismo biologico in psichiatria rimando al recente lavoro di Cohen (1993). Il rischio che

¹ «Quando le pene giungono, esse non sono solitari avamposti ma interi battaglioni» (Amleto IV, v).

la pratica psicanalitica (più o meno «ortodossa»), di tipo privatistico, ostacoli un approccio epidemiologico alla psichiatria (nel senso chiarito sopra) è illustrato invece dalla posizione, in realtà piuttosto radicale, espressa da Sir Aubrey Lewis, fondatore della psichiatria sociale europea: «La pretesa della psicanalisi di spiegare tutti i comportamenti umani ha distolto l'attenzione dalle cause e dagli aspetti sociali dei disturbi mentali» (citato da Hare, 1969). Si tratta quindi di favorire la formazione di psichiatri, di psicologi e di altri operatori della salute mentale in grado di portare attenzione, in modo bilanciato, sia al mondo interno che a quello esterno dei loro pazienti, ai meccanismi di difesa ed agli equilibri-squilibri biochimici come ai fattori ambientali, fisici e psichici, che influenzano l'equilibrio emotivo, la salute ed anche l'evoluzione e l'esito dei disturbi psichici; di fornire una formazione che consenta loro di elaborare e portare avanti progetti assistenziali e terapeutici articolati ed integrati, in grado di mobilitare risorse personali e risorse esterne e di rimuovere ostacoli nel mondo reale oltre che (o prima che?) in quello fantasmatico dei pazienti; oltre che consentire loro di alleviare i sintomi usando i farmaci in modo competente, scientificamente aggiornato e razionale. Si tratta, per essere più concreti, di fare in modo che la formazione avvenga non solo negli ambulatori, nelle cliniche e nei reparti ospedalieri, ma anche nei Centri di salute mentale, nelle strutture semiresidenziali (*day hospital* e centri diurni), nelle strutture residenziali per lungoassistiti e nei gruppi appartamento (si veda il Progetto Obiettivo «Tutela della Salute Mentale 1994-1996», DPR 7.4.94, GU del 22.4.94). Significa fare in modo che la psichiatria accademica, con le sue Scuole di Specializzazione, non si accontenti di operare solo nelle Cliniche psichiatriche e nei Policlinici ma si faccia carico anche di far funzionare Dipartimenti di Salute Mentale in grado di assicurare integrazione tra interventi terapeutici e riabilitativi, continuità terapeutica anche per i pazienti psicotici più difficili e collegamenti e collaborazioni con la medicina di base e con gli altri servizi sanitari e sociali del territorio.

BIBLIOGRAFIA

- Amaddeo F., Bonizzato P., Rossi F., Beecham J., Knapp M. & Tansella M. (1995). La valutazione dei costi delle malattie mentali in Italia. Sviluppo di una metodologia e possibili applicazioni. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 4.
- Agate J.N. & Buckell M. (1949). Mercury poisoning from fingerprint photography. *Lancet* ii, 451-454.
- Bebbington P.E., Brugha T., MacCarthy B., Potter J., Sturt E.E., Wykes T., Katz R. & McGuffin P. (1988). The Camberwell Collaborative Depression Study. 1. Depressed probands, adversity and the form of depression. *British Journal of Psychiatry* 152, 752-765.
- Benaim S., Horder J. & Anderson J. (1973). Hysterical epidemic in a classroom. *Psychological Medicine* 3, 366-373.
- British Medical Journal (1951). Editorial: St. Anthony's fire. *British Medical Journal*, 596.
- Brown G.W. & Davidson S. (1978). Social class, psychiatric disorder of mother, and accidents to children. *Lancet*, 378-380.
- Brown G.W. & Harris T.O. (1989). Depression. In *Life Events and Illness* (ed. G.W. Brown and T.O. Harris), pp 49-93. Unwin Hyman: London.
- Brown G.W., Ni Bhrolcháin M. & Harris T.O. (1979). Psychotic and neurotic depression. 3. Aetiological and background factors. *Journal of Affective Disorders* 1, 195-211.
- Carli R. (1993). Il prodotto della psicologia. Introduzione al tema. *Rivista di Psicologia Clinica* 2-3, 7-20.
- Carli R. & Paniccia R.M. (1993). Percorsi per la definizione del prodotto in psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica* 2-3, 21-45.
- Cohen C.I. (1993). The biomedicalization of psychiatry: a critical overview. *Community Mental Health Journal* 29, 509-521.
- Cooper B. (ed.) (1987). *Psychiatric Epidemiology. Progress and Prospects*. Croom Helm: London.
- Cooper B. (1993). Single spies and battalions: the clinical epidemiology of mental disorders. *Psychological Medicine* 23, 891-907.
- Cooper B. & Eastwood R. (ed.) (1992). *Primary Health Care and Psychiatric Epidemiology*. Tavistock-Routledge: London.
- Cooper B. & Helgason T. (ed.) (1989). *Epidemiology and the Prevention of Mental Disorders*. Routledge: London.
- Dalgard O.S. (ed.) (1994). *Psychiatric Epidemiology and Social Sciences*. Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum No. 385, Vol. 90. Munksgaard: Copenhagen.
- De Salvia D. (1992). I servizi postmanicomiali nella psichiatria sociale italiana. Il circolo pratica/ricerca. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1, 19-23.
- Eaton W.W., Dryman A., Sorenson A. & McCutcheon A. (1989). DSM-III major depressive disorder in the community: a latent class analysis of data from the NIMH. Epidemiologic Catchment Area programme. *British Journal of Psychiatry* 155, 48-54.
- Fink P. (1990). Physical disorders associated with mental illness: a register investigation. *Psychological Medicine* 20, 829-834.
- Hare E.H. (1969). The relation between social psychiatry and psychotherapy. In *Psychiatry in a Changing Society* (ed. S.H. Foulkes and G.S. Prince), pp. 3-16. Tavistock: London.
- Hare, E.H. & Wing, J.K. (ed.) (1970) *Psychiatric Epidemiology*. Oxford University Press: London.
- Holland W.W. (1991). Clinical epidemiology and the use of words. *Journal of Clinical Epidemiology* 44, 962-963.
- Jablensky A. (1993). Impact of the new diagnostic systems on psychiatric epidemiology. In *International Review of Psychiatry* (ed. J.A. Costa e Silva and C.C. Nadelson), pp. 13-43. American Psychiatric Press: Washington.
- Jablensky A., Hugler H., Von Cranach M. & Kalinov K. (1993). Kraepelin revisited: a reassessment and statistical analysis of dementia praecox and manic-depressive insanity in 1908. *Psychological Medicine* 23, 843-858.
- Katschnig H., Pakesch G. & Egger-Zeidner E. (1986). Life stress

- and recent depressive subtypes: a review of present diagnostic criteria and recent research results. In *Life Events and Psychiatric Disorders: Controversial Issues* (ed. H. Katschnig), pp. 201-245. Cambridge University Press: Cambridge.
- Klein D. (1980). Societal influence on childhood accidents. *Accident Analysis and Prevention* 12, 275-281.
- Kurland L.T., Faro S.N. & Siedler H. (1960). Minamata disease. *World Neurology* 1, 370-395.
- Lancet (1951). Editorial: St. Anthony's fire. *Lancet* ii, 436.
- Lancet (1956). Editorial: A new clinical entity? *Lancet* i, 789.
- Mayou R., Peveler R., Davies B., Mann J. & Fairburn C. (1991). Psychiatric morbidity in young adults with insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychological Medicine* 21, 639-645.
- McEvedy C.P. & Beard A.W. (1970). Royal Free epidemic of 1955: a reconsideration. *British Medical Journal* i, 7-11.
- Morris J.N. (1975). *Uses of Epidemiology*, 3rd ed. Churchill Livingstone: Edinburgh.
- Nersesian W.S., Petit M.R., Shaper R., Limieux D. & Naor E. (1985). Childhood death and poverty: a study of all childhood deaths in Maine, 1976-1980. *Pediatrics* 3, 263-238.
- Nogouchi H. & Moore J.W. (1913). A demonstration of treponema pallidum in the brain in cases of general paralysis. *Journal of Experimental Medicine* 17, 232-238.
- Paul J.R. (1958). *Clinical Epidemiology*. University of Chicago Press: Chicago.
- Robins L.N., Clayton P.J. & Wing J.K. (ed.) (1980). *The Social Consequences of Psychiatric Illness*. Brunner Mazel: New York.
- Rose A.M. (1964). The prevalence of mental disorders in Italy. *International Journal of Social Psychiatry* 10, 87-100.
- Royal Commission on Environmental Pollution (1983). *Ninth Report: Lead in the Environment*. Her Majesty Stationery Office: London.
- Ruggeri M. (1994). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 29, 212-227.
- Ruggeri M. & Dall'Agnola R. (1993). The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine* 23, 511-523.
- Ruggeri M. & Tansella M. (1995). Evaluating outcome in mental health care. *Current Opinion in Psychiatry* 8, 116-121.
- Rutter M. (1980). Raised lead levels and impaired cognitive/behavioural functioning. A review of the evidence. *Developmental Medicine and Child Neurology* 22 (Suppl. 42).
- Rutter M. (1989). Psychiatric risk in parents as a risk for children. In *Prevention of Mental Disorders, Alcohol and Other Drug Use in Children and Adolescents. OSAP Prevention Monograph 2* (ed. D. Shaffer, I. Philips and N.B. Enzer), pp. 157-189. US Dept. of Health and Human Services: Rockville, MD.
- Sackett D.L., Haynes R.B. & Tugwell P. (1985). *Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine*. Little Brown: Boston.
- Shepherd M. (1978). Epidemiology and clinical psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 133, 289-298.
- Shepherd M. (1985). Psychiatric epidemiology and epidemiological psychiatry. *American Journal of Public Health* 75, 275-276.
- Spitzer W.O. (1986) Clinical epidemiology. *Journal of Chronic Diseases* 39, 411-415.
- Steenberg V. (1884). The role played by syphilis in the genesis of general paralysis: discussion. *Congrès International des Sciences Médicales, 8me Session, Copenhague, 1884.x: Section de Psychiatrie et de Neurologie*, pp. 80-92.
- Stromgren E. (1989). Longitudinal investigations in psychiatric epidemiology. In *The Scope of Epidemiological Psychiatry* (ed. P. Williams, G. Wilkinson and K. Rawnsley), pp. 158-166. Routledge: London.
- Tansella M. (ed.) (1985). *L'Approccio Epidemiologico in Psichiatria*. Boringhieri: Torino.
- Tansella M. (1992). Epidemiologia e Psichiatria Sociale (EPS) per una utilizzazione più estesa dell'approccio epidemiologico e del metodo scientifico nella psichiatria sociale italiana. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1, 25-28.
- Tansella M. & Bellantuono C. (1993). Introduzione. Le terapie somatiche in psichiatria. I fatti, le opinioni, le prospettive. In *Psichiatria nella Comunità. Cultura e Pratica* (ed. F. Asioli, A. Ballerini e G. Berti Ceroni), pp. 357-360. Bollati-Boringhieri: Torino.
- von Economo C. (1929). *Die Encephalitis Lethargica: Ihre Nachkrankheiten und Ihre Behandlung*. Urban & Schwarzenberg: Berlin.
- Warkany J. & Hubbard D.M. (1951). Adverse mercurial reactions in the form acrodynia and related conditions. *American Journal of Diseases of Children* 81, 335-373.
- Wing J.K. & Hafner H. (ed.) (1973). *Roots of Evaluation*. Oxford University Press: London.
- Wing J.K., Bebbington P. & Robins L.N. (1982). *What is a Case? The Problem of Definition in Psychiatric Community Surveys*. Grant McIntyre: London.