- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.128.198.21 Sun, 28 Apr 2024, 21:50:44

Critiche e prospettive degli attuali sistemi di classificazione in psichiatria: il caso del DSM-5

Critical evaluation of current diagnostic classification systems in psychiatry: the case of DSM-5

MARIO LUCIANO[1]*, GAIA SAMPOGNA[1], VALERIA DEL VECCHIO[1], CORRADO DE ROSA[1], UMBERTO ALBERT[2], GIUSEPPE CARRÀ[3], BERNARDO DELL'OSSO[4], GIORGIO DI LORENZO[5], SILVIA FERRARI[6], GIOVANNI MARTINOTTI[7], MARIA GIULIA NANNI[8], FEDERICA PINNA[9], MAURIZIO POMPILI[10], UMBERTO VOLPE[1], FRANCESCO CATAPANO[1], ANDREA FIORILLO[1]

*E-mail: mario-luciano@hotmail.it

[1]Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN
[2]Dipartimento di Neuroscienze Rita Levi Montalcini, Università di Torino; Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano, Torino
[3]Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Milano Bicocca
[4]Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti, Università di Milano, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Milano; Bipolar Disorders Clinic, Dept. of Psychiatry, Stanford University, CA, USA
[5]Dipartimento di Medicina dei Sistemi, Università di Roma Tor Vergata; Unità di Psichiatria e Psicologia Clinica, Dipartimento di Neuroscienze, Fondazione Policlinico Tor Vergata, Roma
[6]Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica, Università di Modena & Reggio Emilia
[7]Dipartimento di Neuroscienze, Imaging e Scienze Cliniche, Università G. d'Annunzio, Chieti-Pescara
[8]Dipartimento Scienze Biomediche e Chirurgico Specialistiche, Università di Ferrara
[9]Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare, Unità di Psichiatria, Università di Cagliari
[10]Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di senso - NESMOS, Sapienza Università di Roma; Dipartimento di Psichiatria, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea

RIASSUNTO. Fin dalla pubblicazione della prima edizione, il Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM) ha suscitato grande interesse e curiosità nella comunità scientifica e nell'opinione pubblica. La pubblicazione della quinta edizione del manuale nel 2013 ha tuttavia sollevato numerose criticità e perplessità. In particolare, le principali critiche al DSM-5 riguardano l'approccio generale ai disturbi mentali, che di fatto è rimasto categoriale, e l'introduzione di un numero cospicuo di nuove diagnosi non supportate da adeguate evidenze scientifiche. Inoltre, l'abbassamento della soglia di sensibilità diagnostica per alcuni disturbi già presenti nelle precedenti edizioni del manuale ha causato un ampliamento dei confini diagnostici per i più comuni disturbi mentali, rendendo meno chiaro il limite tra normalità e patologia, con il rischio di medicalizzare condizioni che non meriterebbero attenzione clinica. In questo lavoro, vengono analizzate le principali novità introdotte dal DSM-5 e vengono discusse le implicazioni per la diagnosi psichiatrica alla luce delle critiche mosse al DSM-5 dalla comunità scientifica.

PAROLE CHIAVE: DSM-5, psicopatologia, classificazione dei disturbi mentali, diagnosi.

SUMMARY. Since its first edition, the Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM) has had a great impact on the scientific community and the public opinion as well. In 2013, the American Psychiatric Association released the fifth edition of the manual and – as for the previous versions – several criticisms raised. In particular, the persistence of the categorical approach to mental disorders represents one of the main debated topics, as well as the introduction of new diagnostic syndromes, which are not based on an adequate evidences. Moreover, the threshold of diagnostic criteria for many mental disorders has been lowered, with the consequence that the boundaries between "normality" and "pathology" is not so clear. In this paper, we will: 1) report the historical development of the DSM from the publication of its first edition; 2) describe the main changes introduced in the DSM-5; 3) discuss critical elements in the DSM-5. The current debate regarding the validity of diagnostic manuals and its criteria is threatening the psychiatric discipline, but a possible solution should be represented by the integration of diagnostic criteria with the in-depth description of patient's psychopathological experiences.

KEY WORDS: DSM-5, psychopathology, classification of mental disorders, diagnosis.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.128.198.21 Sun, 28 Apr 2024, 21:50:44

INTRODUZIONE

La diagnosi è una tappa essenziale di ciascun atto medico, rappresentando il punto di partenza per il riconoscimento e la gestione dei sintomi e dei segni presentati dal paziente. La psichiatria, pur seguendo gli stessi principi delle altre branche della medicina nel percorso diagnostico e terapeutico, presenta alcune peculiarità legate alla scarsa oggettivazione delle diagnosi, attraverso l'utilizzo di esami strumentali e di laboratorio[1], che hanno reso il criticismo nei confronti delle diagnosi psichiatriche uno degli elementi che da sempre ha contraddistinto questa disciplina[2]. Un chiaro fenomeno di tale peculiarità è il costante processo di aggiornamento dei principali sistemi diagnostici e statistici per i disturbi mentali, messo in atto sia dall'American Psychiatric Association (APA) sia dalla World Health Organization (WHO)[3,4].

Nel 2013, l'APA ha pubblicato la quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5)[5,6], dopo un processo di revisione durato circa due decadi e, come già accaduto per le precedenti revisioni del manuale, numerose sono state le criticità sollevate e i dubbi riguardanti le nuove classificazioni diagnostiche proposte con questa revisione[7]. Numerose task force hanno lavorato ai diversi capitoli del DSM-5 cercando di fornire una revisione dei disturbi psichiatrici sulla base delle più aggiornate evidenze scientifiche. Il Diagnostic and Statistical Manual (DSM) è ampiamente utilizzato in tutto il mondo sia nell'ambito della ricerca sia in quello della pratica clinica, rappresentando il sistema diagnostico di riferimento soprattutto nei Paesi anglosassoni.

In questo lavoro verranno discusse le principali novità introdotte con la pubblicazione del DSM-5 sia relative all'approccio generale, adottato per la formulazione della diagnosi in psichiatria, sia relative alle singole diagnosi psichiatriche. Inoltre, verranno discusse le principali critiche mosse al DSM-5 dalla comunità scientifica.

L'EVOLUZIONE DEL DSM

Dopo la seconda guerra mondiale, la psichiatria americana era alquanto imbarazzata dal caos diagnostico creato dall'utilizzo contemporaneo di quattro manuali diagnostici, in uso prevalentemente negli ambienti militari e tra i reduci di guerra, generando situazioni paradossali in cui un unico paziente poteva ricevere quattro diagnosi differenti in base al sistema diagnostico utilizzato[8]. L'APA decise, allora, di creare una classificazione unica che potesse essere accettata da tutti gli psichiatri americani, e che ponesse fine a questa "torre di babele" diagnostica[9]. La prima edizione del manuale (DSM-I) ha rappresentato uno dei primi tentativi di identificare un linguaggio comune per la comunicazione tra i medici.

Sia il DSM-I sia la sua prima revisione, il DSM-II (pubblicato nel 1968), identificavano tre grandi categorie di disturbi mentali: le psicosi, le nevrosi e i disturbi del carattere[10,11]. La terminologia utilizzata e la descrizione dei disturbi in queste prime edizioni risentivano molto dell'approccio psicoanalitico, che negli anni '50 rappresentava il paradigma di riferimento. Una delle caratteristiche fondamentali delle prime due edizioni del manuale era rappresentata dall'identificazione delle categorie diagnostiche sulla base di reazioni emotive agli eventi esterni. Queste prime edizioni del DSM hanno subìto molto l'influenza delle teorie di Adolf Meyer, secondo cui i disturbi mentali rappresentano delle reazioni disfunzionali della personalità di un soggetto a eventi di vita stressanti. Soltanto con la pubblicazione del DSM-III, avvenuta nel 1980, sono state apportate modifiche sostanziali nella classificazione dei disturbi mentali, con un radicale cambiamento nell'approccio generale alla tassonomia psichiatrica[12]. Infatti, con il DSM-III viene adottato un approccio ateoretico alle malattie mentali, di cui vengono definiti criteri specifici sulla base della loro presentazione clinica. Questa edizione del manuale adotta un approccio categoriale ai disturbi mentali, definiti sulla base di una revisione sistematica delle evidenze della letteratura scientifica, inclusi gli studi clinici ed epidemiologici. Viene introdotta una diagnosi multi-assiale attraverso l'identificazione di assi separati supplementari alle singole categorie diagnostiche per descrivere i disturbi di personalità, le condizioni mediche, i problemi psicosociali e il funzionamento globale. La pubblicazione del DSM-III ha segnato la cosiddetta "operational revolution"[13], un cambiamento radicale in cui l'insieme delle conoscenze cliniche e delle descrizioni psicopatologiche fino ad allora disponibili vennero ridotte e sintetizzate in etichette e sindromi psichiatriche ben definite, disponibili e accessibili a tutti, ma soprattutto prive del loro background teorico[14]. L'introduzione di criteri diagnostici espliciti, inizialmente solo per scopi di ricerca e successivamente anche per uso nella pratica clinica ordinaria, ha avuto l'obiettivo primario di superare la soggettività nel processo diagnostico[15]. La pubblicazione del DSM-III fu accompagnata da una cauta raccomandazione da parte degli autori a non utilizzare questo manuale nella pratica clinica. Infatti, i destinatari di questa "rivoluzione diagnostica" erano prevalentemente i ricercatori, al fine di poter condurre studi clinici su popolazioni omogenee di pazienti e permettere il confronto tra le diverse esperienze di ricerca. Infatti, gli stessi autori del DSM-III riconoscevano che l'uso di criteri operazionali non poteva escludere il giudizio clinico, e che l'uso di etichette nella formulazione delle diagnosi psichiatriche richiedeva una "notevole quantità di esperienza clinica" e adeguate conoscenze rispetto ai meccanismi di base dei fenomeni intrapsichici[16]. Come Spitzer et al.[15] hanno sottolineato nel 1978, i criteri operativi avrebbero dovuto essere utilizzati solo come "criteri proposti" al fine di standardizzare le diagnosi psichiatriche. In realtà, quanto auspicato da Spitzer et al. non è avvenuto, e il DSM-III è diventato il punto di riferimento diagnostico, con la conseguenza che la psicopatologia, intesa come una profonda descrizione dei fenomeni psichici patologici, è stata progressivamente trascurata[17].

Anche il DSM-IV, pubblicato nel 1994, ha mantenuto lo stesso approccio "ateoretico" ai disturbi mentali. Questa revisione è stata preceduta da un lungo lavoro sulle evidenze di letteratura, che hanno avuto l'obiettivo di dare una maggiore validità scientifica alle categorie diagnostiche proposte[18]. Per tale motivo, sono stati apportati numerosi cambiamenti alle etichette diagnostiche e agli specificatori, per conformare le diagnosi proposte alle più aggiornate evidenze scientifiche.

Questa impostazione è stata, nei suoi aspetti principali, mantenuta nell'ultima versione del DSM. Il processo di sviluppo del DSM-5 è iniziato nel 1999, e la diffusione di internet ha permesso alla comunità scientifica di seguire e contribuire allo sviluppo del manuale[19]. Le bozze del DSM-5 sono state pub-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.128.198.21 Sun, 28 Apr 2024, 21:50:44

blicate sul sito web dell'APA, e tutti gli stakeholder della salute mentale sono stati invitati a fornire commenti e suggerimenti. Nonostante questi tentativi, numerose critiche sono state poste alle task force rispetto al processo di revisione del manuale, che è stato caratterizzato da una carenza di documentazione dei cambiamenti apportati e dall'eccessiva segretezza rispetto alle motivazioni che hanno determinato i cambiamenti messi a punto nella sua ultima versione[7].

IL DSM-5: L'APPROCCIO GENERALE

Il passaggio da un approccio categoriale (ovvero in cui la diagnosi è basata su criteri definiti che possono essere soddisfatti o meno) a un approccio dimensionale (definizione dei disturbi sulla base di dimensioni psicopatologiche lungo un *continuum* di gravità o intensità) è stato uno dei principali obiettivi della pubblicazione del DSM-5. Lo stesso Regier affermò all'inizio dei lavori delle task force che «una, se non la principale differenza tra il DSM-IV e il DSM-5 sarà il prevalente utilizzo di un approccio dimensionale alla diagnosi dei disturbi mentali»[20].

Il concetto che i disturbi psichiatrici si presentano su un *continuum* di gravità e non come entità categoriali (come avviene per le patologie di altri organi o sistemi) è stato oggetto di numerosi articoli ed editoriali, ed è ancora oggi uno degli argomenti più dibattuti in ambito scientifico[21]. Le evidenze cliniche e di ricerca hanno mostrato che un sistema di classificazione basato esclusivamente su rigide categorie diagnostiche non può riflettere la complessità dei quadri clinici dei pazienti con disturbi mentali, che molto spesso presentano una sintomatologia complessa, in cui possono essere presenti sintomi appartenenti a differenti domini psicopatologici non previsti dai manuali diagnostici. Tali dimensioni, che possono avere un ruolo determinante nella gravità del quadro clinico e contribuiscono a una sensibile riduzione della qualità della vita[22], spesso obbligano i clinici a formulare una diagnosi del tipo "non altrimenti specificato", per facilitare il trattamento dei loro pazienti[23]. In assenza di un sistema diagnostico interamente basato sull'approccio dimensionale ai disturbi mentali, l'utilizzo di una valutazione di questo tipo, nell'ambito di una diagnosi di natura categoriale, potrebbe avere una rilevanza clinica per la comprensione dei disturbi mentali e per spiegare l'elevata comorbilità tra le diverse sindromi psichiatriche[24]. Inoltre, l'integrazione dell'approccio categoriale e dimensionale ai disturbi mentali potrebbe facilitare l'identificazione di endofenotipi appartenenti ai diversi disturbi mentali, come auspicato dai ricercatori del Research Domain Criteria Project[25].

Il tentativo di abbandonare l'approccio categoriale in favore di uno dimensionale nel DSM-5 si è limitato all'introduzione di alcuni aspetti "dimensionali" nella valutazione della gravità dei disturbi psichiatrici, la cui diagnosi rimane essenzialmente categoriale[26].

Alcuni tentativi di introdurre la valutazione dimensionale nel DSM-5 sono rappresentati da:

1. l'inclusione dello specificatore "con ansia", per completare la diagnosi dei disturbi depressivi unipolari e bipolari. Tale specificatore permette di includere nella diagnosi "principale" sintomi che non sono propri dei disturbi dell'umore, permettendo di dare una descrizione più dettagliata del disturbo primario e fornendo maggiori indicazioni per il trattamento[20];
2. l'introduzione del concetto di "spettro", e quindi l'assunto che questi disturbi intervengano lungo un *continuum* psicopatologico, come accade per i disturbi dello spettro schizofrenico e dello spettro autistico, sebbene soltanto in quest'ultimo caso, di fatto, i disturbi sono stati unificati lungo un *continuum* psicopatologico;
3. l'identificazione di un modello multidimensionale alternativo per la descrizione dei disturbi della personalità, sebbene le categorie diagnostiche del DSM-IV e i criteri per questi disturbi siano rimasti essenzialmente inalterati;
4. l'inclusione nel manuale di una serie di scale di valutazione dei diversi domini psicopatologici[27].

Nel DSM-5 è stato eliminato il sistema di diagnosi multiassiale, decisione supportata esclusivamente dall'evidenza che tale sistema sia utilizzato di rado nella pratica clinica, nonostante rispecchiasse maggiormente il modello bio-psico-sociale, paradigma eziopatogenetico di riferimento per molti disturbi mentali. Di contro, sono state introdotte scale di valutazione che possono orientare il clinico attraverso le differenti dimensioni psicopatologiche presentate dal paziente, come la Cross-Cutting Symptom Measure e l'Intervista per l'inquadramento culturale (ICC).

La scala di valutazione dei sintomi trasversali (DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure) ha come obiettivo la valutazione dei cluster sintomatologici trasversalmente rilevanti per formulare la diagnosi. Il motivo per cui tale scala è stata sviluppata è quello di aiutare il clinico nella valutazione di dimensioni psicopatologiche che possono avere un ruolo significativo nella definizione di un trattamento adeguato. Questa scala include la valutazione di 13 domini psicopatologici (depressione, rabbia, mania, ansia, sintomi somatici, disturbi del sonno, sintomi psicotici, pensieri ossessivi, ideazione suicidaria, abuso di sostanze, sintomi dissociativi, assetto di personalità, problemi cognitivi e mnesici), la cui presenza influenza negativamente la prognosi di numerosi disturbi mentali[28]. Questo strumento permette, inoltre, di sottolineare aspetti psicopatologici clinicamente rilevanti per la pianificazione e il monitoraggio dell'efficacia del trattamento, determinando una maggiore consapevolezza da parte degli operatori della salute mentale circa l'importanza di valutare le principali dimensioni psicopatologiche nel corso del tempo e non soltanto la risposta al trattamento farmacologico dei sintomi principali.

Un elemento di assoluta novità presente nel DSM-5 è la possibilità di effettuare una valutazione delle influenze culturali nella presentazione dei sintomi psichiatrici attraverso l'ICC, utile alla valutazione dei fattori culturali che hanno un impatto significativo sulle capacità del paziente nel riconoscere e gestire il proprio disturbo. Fattori contestuali al paziente, come povertà, disuguaglianze sociali, razzismo, equilibri geo-politici instabili, guerre e disastri naturali hanno un impatto – di matrice culturale – sull'esperienza di malattia del paziente, in termini di presentazione clinica, modalità di richiesta di aiuto, relazione medico-paziente e tipo di risorse personali per la promozione del processo di recovery[29].

Il numero delle diagnosi incluse nel DSM-5 è notevolmente aumentato rispetto alle precedenti versioni del manuale. Infatti, nella nuova edizione vengono annoverati 541 codici diagnostici, rispetto ai 383 del DSM-IV. Questo au-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.128.198.21 Sun, 28 Apr 2024, 21:50:44

mento è prevalentemente legato al lavoro di separazione e di accorpamento di diagnosi già preesistenti effettuato dai working group e dalla creazione di nuove categorie diagnostiche, tra cui il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, il disturbo disforico premestruale, il disturbo da alimentazione incontrollata e il disturbo da accumulo[7].

Importanti cambiamenti sono stati apportati ai criteri diagnostici e ai sottotipi clinici di specifici disturbi mentali. Uno dei cambiamenti maggiormente discussi nell'ambito della comunità scientifica è stato l'eliminazione del criterio di esclusione per un episodio depressivo maggiore per quei pazienti che presentano sintomi depressivi, di durata inferiore ai due mesi, dopo la morte di una persona cara. Numerose ragioni hanno determinato questa scelta, compreso il fatto che il lutto viene riconosciuto come uno stressor psicosociale grave che può essere un fattore precipitante un episodio depressivo in persone vulnerabili.

Inoltre, dalla diagnosi di schizofrenia sono stati eliminati la rilevanza dei deliri bizzarri e delle allucinazioni uditive (sintomi di primo rango secondo Shneider), così come i sottotipi diagnostici di questo disturbo, per la loro scarsa validità, riproducibilità e stabilità. Inoltre, viene raccomandata una valutazione dimensionale dei sintomi psicotici, attraverso l'identificazione della gravità e dell'eterogeneità clinica dei principali domini sintomatologici (positivo, negativo, disorganizzato, psicomotorio, affettivo e cognitivo). La catatonia viene definita come una sindrome clinica distinta e considerata uno specificatore per le diagnosi dei disturbi dello spettro della schizofrenia, dei disturbi bipolari o depressivi.

Alcuni disturbi sono stati classificati nel capitolo "condizioni che necessitano di ulteriori studi". Il disturbo forse più controverso è la sindrome da psicosi attenuata, una condizione clinica considerata una fase prodromica della psicosi, sebbene molti pazienti che presentano questa sindrome potrebbero non manifestare mai una sindrome psicotica vera e propria[30]. Il disturbo da comportamento suicidario e l'autolesività non suicidaria sono altre due diagnosi presenti in questo capitolo, proposte come due sindromi distinte in relazione al fatto che le caratteristiche di questi due disturbi possono essere associate a fattori psicologici e biologici diversi, presenti indipendentemente dalla comorbilità con un altro disturbo mentale[31]. Altri disturbi presenti in questa sezione del DSM-5 sono l'episodio depressivo con ipomania di breve durata, il disturbo da lutto persistente complicato, il disturbo da uso di caffeina, il disturbo da gioco su internet e il disturbo neurocomportamentale associato a esposizione prenatale all'alcol.

ASPETTI CRITICI DEL DSM-5

Una delle principali e più consistenti critiche mosse al DSM-5 è l'inclusione di numerose nuove diagnosi non supportate da adeguate evidenze relative a prevalenza, validità, risposta al trattamento e utilità per la pratica clinica[14]. Questo, insieme all'abbassamento della soglia per poter fare diagnosi per alcuni disturbi già presenti nelle precedenti edizioni del manuale, ha condotto a un ampliamento dei confini diagnostici per i più comuni disturbi mentali, rendendo sempre meno chiaro il confine tra normalità e patologia, con il conseguente rischio di medicalizzare condizioni che non necessitano di attenzione clinica[32]. Questo rischio è altamente dannoso per l'immagine pubblica della psichiatria e potrebbe essere interpretato come un tentativo della psichiatria di utilizzare le diagnosi psichiatriche come uno strumento per trattare persone che altrimenti non avrebbero bisogno di alcun trattamento[33]. La pubblicazione del DSM-5 ha riacceso il dibattito, mai realmente risolto, dell'immagine pubblica della psichiatria e della crisi di identità di una disciplina le cui diagnosi sembrano ancora troppo lontane dalla realtà dei pazienti, la cui professionalità viene continuamente messa in dubbio sia dagli psichiatri stessi sia dai colleghi di altre discipline e i cui presupposti teorici sembrano poco definiti[34]. Molto spesso la professionalità dello psichiatra viene squalificata e proposta, anche dagli stessi colleghi, come un modello che considera lo psichiatra un intellettuale o un assistente sociale[35]. Questo è legato alla percezione di una scarsa scientificità della psichiatria e della scarsa attendibilità delle diagnosi psichiatriche[36]. Inoltre, l'espansione dei confini delle diagnosi psichiatriche ha creato un altro problema: l'aumento dei falsi positivi. Secondo Wakefield[7], infatti, il DSM-5 ha perso l'opportunità di migliorare la validità delle diagnosi psichiatriche, contribuendo a indebolire l'immagine della psichiatria come una disciplina medica. Non è un caso che la pubblicazione del DSM-5 è stata oggetto di una serie di campagne mediatiche volte a screditare il manuale e, indirettamente, l'intero impianto diagnostico utilizzato in psichiatria. Questa edizione del DSM è stata definita "la bibbia della psichiatria"[37], ovvero il principale (o unico) riferimento per gli psichiatri nella formulazione della diagnosi nella pratica clinica ordinaria. Per cui, le critiche che vengono fatte al manuale (incluse quelle relative alla scarsa scientificità delle diagnosi, e quelle relative al tentativo di medicalizzare condizioni che rientrano nella normalità) rappresentano critiche mosse all'intera disciplina. Ciò accade nonostante alcuni studi condotti dalla World Psychiatric Association (WPA) e dalla World Health Organizazion (WHO)[38] abbiano messo in evidenza come questo manuale venga utilizzato soltanto dal 10% degli psichiatri residenti in Austria, Brasile, Cina, Inghilterra, Finlandia, Francia, Germania, Polonia, Repubblica Ceca, Russia, Serbia, Svizzera. Inoltre, la maggior parte degli psichiatri europei preferisce utilizzare l'ICD9/10, anche sulla base delle legislazioni nazionali che prevedono l'utilizzo del sistema ICD per la rimborsabilità delle diagnosi. Questo dimostra che tra la pubblicazione di un manuale diagnostico e la pratica clinica ordinaria vi è un'enorme differenza e soprattutto che l'utilizzo dei criteri operativi e della diagnosi categoriale ha una limitata utilità nella pratica clinica[39].

Il problema dei falsi positivi non è stato l'unico elemento che ha suscitato critiche da parte della comunità scientifica. Infatti, nonostante numerosi sforzi siano stati fatti, il rivoluzionario "paradigm shift" auspicato dagli stessi curatori del DSM-5[40] non è avvenuto. Infatti, l'impianto diagnostico della quinta edizione del manuale è ancora basato su un sistema categoriale, in cui la presenza/assenza di un criterio determina l'applicazione o meno di una specifica diagnosi[41]. L'utilizzo di categorie diagnostiche fisse e di rigidi criteri di inclusione non permette di valutare l'eterogeneità della presentazione clinica della maggior parte dei disturbi psichiatrici con una conseguente riduzione della capacità del DSM-5 di identificare una condizione clinica. Molto si è discusso negli ultimi anni sulla possibilità che le grandi rivoluzioni sociali abbiano di fatto modificato la presentazione clinica dei disturbi mentali[42-44]. L'avvento di internet ha determinato un profondo cambiamento nelle relazioni sociali delle persone, fa-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.128.198.21 Sun, 28 Apr 2024, 21:50:44

cilitando la comunicazione e permettendo un rapido accesso a qualsiasi forma di informazione a un costo bassissimo o nullo[45], la globalizzazione ha determinato un livellamento delle differenze culturali verso il basso, i cambiamenti nella struttura della società, tra cui la progressiva urbanizzazione[46], la trasformazione della famiglia e la riduzione del livello di sicurezza sociale[47,48], le grandi migrazioni di massa[49] hanno trasformato il senso di appartenenza e la cultura di un popolo, mentre l'aumento degli attacchi terroristici e del senso di insicurezza nelle grandi metropoli hanno avuto un profondo impatto sugli stili di vita della popolazione. In questo contesto non stupisce che possano emergere nuove forme di disagio mentale, mentre alcune manifestazioni psicopatologiche rappresentano entità nosografiche presenti solo sui libri, come accade nel caso della catatonia o dell'isteria[50]. Il DSM-5, nonostante le sue innovazioni, non sembra essere in grado di cogliere questi cambiamenti, come dimostrato dal fatto che disturbi emergenti, come quelli legati all'utilizzo di internet, siano relegati nel capitolo "Condizioni che necessitano di ulteriori studi"[51]. Inoltre, tutte le patologie legate alle nuove sostanze sintetiche[52] appaiono al momento non rappresentate nell'ultima versione di questo manuale, che sembra, quindi, ancora poco soddisfacente come strumento di indagine del mondo interiore dei pazienti.

Numerosi sono stati i tentativi di superare i limiti degli attuali sistemi di classificazione. Uno di questi è rappresentato dal Research Domain Criteria (RDoC) project, promosso dal National Institute of Mental Health che ha avuto l'obiettivo di «sviluppare, ai fini di ricerca, una nuova classificazione dei disturbi mentali basato sulle dimensioni sintomatologiche dei comportamenti e su valutazioni neurobiologiche»[53]. L'RDoC riflette un'impostazione concettuale più ampia che considera i disturbi mentali come il prodotto finale dell'interazione di numerosi fattori individuali (biologici e psicologici) e contestuali (sociali). L'RDoC è basato sull'identificazione di cinque domini, ciascuno caratterizzato da dimensioni comportamentali associate a una specifica alterazione di una data area cerebrale o a un circuito neuronale noto[25]. Questo progetto potrebbe rappresentare una piattaforma per la pianificazione e la conduzione di studi che possano valutare gli aspetti psicopatologici più profondi del paziente, senza tralasciare i traguardi raggiunti nel campo delle neuroscienze[54]. Nonostante ciò, alcuni autori hanno obiettato che, sebbene l'approccio generale del programma RDoC sia estremamente innovativo, poca attenzione è data alla vita intrapsichica dei pazienti con disturbi mentali, con una maggiore focalizzazione sui circuiti neuronali[55]. Per tale motivo, al momento l'applicabilità dell'RDoC nella pratica ordinaria appare ancora limitata, e molto lavoro deve essere ancora fatto per poterlo implementare nei servizi di salute mentale[56,57]. Uno dei principali obiettivi di un sistema di classificazione è l'utilità clinica. Se l'RDoC ha l'obiettivo di proporsi come una reale alternativa agli esistenti sistemi classificativi, le dimensioni identificate dovranno dimostrare la stessa specificità e sensibilità nel poter predire l'esito a lungo termine, nonché la stessa applicabilità nella maggior parte delle condizioni osservabili nella pratica clinica[58]. Sulla base delle evidenze di ricerca, il progetto RDoC può essere considerato esclusivamente come un tentativo di evidenziare marker neurobiologici che possano essere associati alle diagnosi psichiatriche, utili per identificare i sottotipi clinici delle entità diagnostiche attualmente esistenti, ma non sostituibile agli attuali sistemi diagnostici disponibili[59]. Di fatto, anche L'RDoC project riduce l'importanza del significato che hanno i sintomi nella vita del paziente, sottostimando il ruolo delle esperienze soggettive e delle caratteristiche individuali del paziente nel determinare l'insorgenza di un disturbo mentale[32].

CONCLUSIONI

Uno degli obiettivi di un manuale diagnostico è la sua sensibilità nel poter identificare e caratterizzare le sfumature psicopatologiche del paziente, che sono frutto proprio dell'interazione degli aspetti psicologici e sociali di un individuo. La psichiatria ha da sempre avuto uno strumento, la psicopatologia, per poter indagare il mondo interiore dei pazienti. Questa disciplina è stata ridimensionata alla sua natura descrittiva, perdendo di fatto il suo significato originale[32]. La riscoperta della psicopatologia è stata da molti autori identificata come una delle priorità della moderna psichiatria. Infatti, la caratterizzazione precisa delle sottili sfumature delle esperienze anormali dei pazienti rappresenta, allo stato attuale, l'unica base sicura per la diagnosi e il trattamento dei disturbi mentali, dal momento che i sintomi esperiti dal paziente rappresentano indici diagnostici molto più specifici rispetto a qualsiasi altro tipo di sintomi, inclusi quelli comportamentali maggiormente obiettivabili e misurabili[17]. L'utilizzo del metodo psicopatologico può operare in parallelo con un approccio tradizionale biomedico, poiché non esclude che i fenomeni patologici presentati dal paziente possano essere causati da una disfunzione nel normale funzionamento del cervello umano, ma permette un'esplorazione dei significati personali del paziente difficilmente raggiungibile in altro modo[60]. La psicopatologia, intesa come la disciplina che indaga e fornisce un significato unitario a tutte le esperienze anomale del soggetto, dovrebbe rappresentare un elemento imprescindibile della pratica psichiatrica e dovrebbe essere il linguaggio comune alla base dell'identità culturale della psichiatria.

Per poter avere un quadro chiaro della persona affetta da un disturbo mentale, l'utilizzo esclusivo dei criteri diagnostici del DSM-5 probabilmente non è sufficiente. È necessaria un'integrazione tra la descrizione psicopatologica, i criteri diagnostici operativi, l'influenza dei cambiamenti sociali, i fattori individuali e biologici. Un approccio che non integri tutti questi fattori potrebbe essere fuorviante e portare a una somministrazione erronea di interventi non soltanto non utili al paziente, ma potenzialmente dannosi.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Carroll BJ. Biomarkers in DSM-5: lost in translation. Aust N Z J Psychiatry 2013; 47: 676-81.
2. McGorry P, Keshavan M, Goldstone S, et al. Biomarkers and clinical staging in psychiatry. World Psychiatry 2014; 13: 211-23.
3. Del Vecchio V. Following the development of ICD-11 through World Psychiatry (and other sources). World Psychiatry 2014; 13: 102-4.
4. Luciano M. The ICD-11 beta draft is available online. World Psychiatry 2015; 14: 375-6.
5. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual for mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.128.198.21 Sun, 28 Apr 2024, 21:50:44

6. Biondi M, Bersani FS, Valentini M. The Italian edition of DSM-5. Riv Psichiatr 2014; 49: 57-60.
7. Wakefield JC. DSM-5, psychiatric epidemiology and the false positives problem. Epidemiol Psychiatr Sci 2015; 24: 188-96.
8. Houts AC. Fifty years of psychiatric nomenclature: reflections on the 1943 War Department Technical Bulletin, Medical 203. J Clin Psychol 2000; 56: 935-67.
9. Blashfield RK, Keeley JW, Flanagan EH, Miles SR. The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. Annu Rev Clin Psychol 2014; 10: 25-51.
10. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual for mental disorders. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952.
11. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual for mental disorders. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1968.
12. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual for mental disorders. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
13. Nordgaard J, Parnas J. A haunting that never stops: psychiatry's problem of description. Acta Psychiatr Scand 2013; 127: 434-5.
14. Frances A. Resuscitating the biopsychosocial model. Lancet Psychiatry 2014; 1: 496-7.
15. Spitzer R, Fleiss J. A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. Br J Psychiatry 1974; 125: 341-7.
16. Maj M. "Clinical judgment" and the DSM-5 diagnosis of major depression. World Psychiatry 2013; 12: 89-91.
17. Stanghellini G, Fiorillo A. Five reasons for teaching psychopathology. World Psychiatry 2015; 14: 107-8.
18. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual for mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
19. Lombardo L, Lai C, Luciani M, et al. Bereavement and complicated grief: towards a definition of Prolonged Grief Disorder for DSM-5. Riv Psichiatr 2014; 49: 106-14.
20. Kupfer DJ, Kuhl EA, Regier DA. DSM-5 - the future arrived. JAMA 2013; 309: 1691-2.
21. Narrow W, Kuhl E. Dimensional approaches to psychiatric diagnosis in DSM-5. J Ment Health Policy 2011; 14: 197-200.
22. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. Annu Rev Clin Psychol 2010; 6: 155-79.
23. Pincus HA, Tew JD, First MB. Psychiatric comorbidity: is more less? World Psychiatry 2014; 3: 18-23.
24. Adam D. Research suggests that mental illnesses lie along a spectrum – but the field's latest diagnostic manual still splits them apart. Nature 2013; 469: 416-8.
25. Cuthbert BN, NIMH RDoC Workgroup. The RDoC framework: continuing commentary. World Psychiatry 2014; 13: 196-7.
26. Kontaxakis V, Konstantakopoulos G. From DSM-I to DSM-5. Psychiatriki 2015; 26: 13-6.
27. Oldham JM. The alternative DSM-5 model for personality disorders. World Psychiatry 2015; 14: 234-6.
28. Clarke DE, Kuhl EA. DSM-5 cross-cutting symptoms measures: a step towards the future of psychiatric care? World Psychiatry 2014; 13: 314-6.
29. Alarcón RD. Cultural inroads in DSM-5. World Psychiatry 2014; 13: 310-3.
30. Frascarelli M, Gallo M, Giordano A, Mirigliani A, Biondi M. Functional magnetic resonance imaging in subjects at high risk for schizophrenia: a review. Riv Psichiatr 2015; 50: 61-70.
31. Oquendo MA, Baca-Garcia E. Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations. World Psychiatry 2014; 13: 128-30.
32. Maj M. Technical and non-technical aspects of psychiatric care: need for a balanced view. World Psychiatry 2014; 13: 209-10.
33. Lopez-Ibor J, Lopez-Ibor MI. Paving the way for new research strategies in mental disorders. First part: the recurring crisis of psychiatry. Actas Esp Psiquiatr 2013; 41: 33-4.
34. Fiorillo A, Malik A, Luciano M, et al. Challenges for trainees in psychiatry and early career psychiatrists. Int Rev Psychiatry 2013; 25: 431-7.
35. Fiorillo A, Maj M. Il ruolo della psichiatria nella medicina moderna. In: Siracusano A (ed). Manuale di psichiatria - II edizione. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2014.
36. Pinna F, Del Vecchio V, Luciano M, et al. Shall psychiatry change its target? Reflections on the evolving role of psychiatry. Riv Psichiatr 2015; 50: 3-7.
37. Horgan J. Psychiatry in crisis! Mental health director reject psychiatric "bible" and replaces with… nothing. Scientific American, 2013.
38. Reed GM, Mendoca Correia J, Esparza P, Saxena S, Maj M. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. World Psychiatry 2011; 10: 118-31.
39. Maj M. The media campaign on the DSM-5: recurring comments and lessons for the future of diagnosis in psychiatric practice. Epidemiol Psychiatr Sci 2015; 24: 197-202.
40. Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ. The conceptual development of DSM-V. Am J Psychiatry 2009; 166: 645-50.
41. Wakefield JC, First MB. Clarifying the boundary between normality and disorder: a fundamental conceptual challenge for psychiatry. Can J Psychiatry 2013; 58: 603-5.
42. Ventriglio A, Ayonrinde O, Bhugra D. Relevance of culture-bound sybdromes in the 21st Century. Psychiatry Clin Neurosci 2016; 70: 3-6.
43. Fiorillo A, Del Vecchio V, Luciano M, Sampogna G, Beezhold J. This is why there is hope for psychiatry. World Psychiatry 2014; 13: 98-9.
44. Bolton D. What is mental disorder? An essay in philosophy, science and values. Oxford: Oxford University Press, 2008.
45. Starcevic V, Aboujaoude E. Cybercondria, cyberbullying, cybersuicide, cybersex: "new" psychopathologies for the 21st century? World Psychiatry 2015; 14: 97-100.
46. Chan KY, Zhao FF, Meng S, et al. Urbanization and the prevalence of schizophrenia in China between 1990 and 2010. World Psychiatry 2015; 14: 251-2.
47. Luciano M, De Rosa C, Del Vecchio V, et al. Perceived insecurity, mental health and urbanization: results from a multicentric study. Int J Soc Psychiatry 2016; 62: 252-61.
48. Luciano M, Sampogna G, Del Vecchio V, et al. The family in Italy: cultural changes and implications for treatment. Int Rev Psychiatry 2012; 24: 149-56.
49. Tarricone I, Braca M, Allegri F, et al. First-episode psychosis and migration in Italy (PEP-Ita migration): a study in the Italian mental health services. BMC Psychiatry 2014; 14: 186.
50. Pingani L, Luciano M, Sampogna G, et al. The crisis in psychiatry: a public health perspective. Int Rev Psychiatry 2014; 26: 530-4.
51. Grant JE, Atmaca M, Fineberg NA, et al. Impulse control disorders and "behavioural addictions" in the ICD-11. World Psychiatry 2014; 13: 125-7.
52. Schifano F, Orsolini GD, Papanti D, Corkey JM. Novel psychoactive substances of interest for psychiatry. World Psychiatry 2015; 14: 15-26.
53. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. World Psychiatry 2014; 13: 28-35.
54. Jablensky A, Waters F. RDoC: a roadmap to pathogenesis? World Psychiatry 2014; 13: 43-4.
55. Parnas J. RDoC program: psychiatry without psyche? World Psychiatry 2014; 13: 46-7.
56. Sartorius N. The only one or one of many? A comment of the RDoC project. World Psychiatry 2014; 13: 50-1.
57. Frances A, RDoC is necessary, but very oversold. World Psychiatry 2014; 13: 47-79.
58. Weinberger DR, Goldberg TE. RDoCs redux. World Psychiatry 2014; 13: 36-8.
59. Maj M. Keeping an attitude toward the RDoC project. World Psychiatry 2014; 13: 1-3.
60. Fulford KW, Bortolotti L, Broome M. Taking the long view: an emerging framework for translational psychiatric science. World Psychiatry 2014; 13: 110-7.