

## DSM-5 Paolo Migone

Uscito nel maggio del 2013 dopo varie revisioni in quanto suscitò svariate polemiche per i cambiamenti effettuati dalla task force dell'APA (American Psychiatric Association). I DSM ad oggi sono 7, le prime due edizioni erano semplici elenchi di disturbi con una loro breve descrizione ma già dal terzo (creato da Spitzer) iniziò a suscitare molto interesse in quanto introdusse aspetti innovativi che vennero usati poi anche per il DSM4 e 5.

I 5 aspetti più importanti del DSM sono:

1) L'approccio ateorico

Le Dicotomie (suddivisione in due parti):

- **Politetico/Monotetico:** il primo vale a dire che per ogni diagnosi sono necessari un minimo di criteri diagnostici all'interno di un determinato elenco prestabilito e il secondo identifica un gruppo di criteri specifici per disturbo.
  - **Validità/Attendibilità**
  - **Categorie/Dimensioni**
- 5) Il Sistema Multiassiale (valutazione su due diversi assi)

### 1) APPROCCIO ATEORICO

Questo approccio venne fatto nel momento in cui c'era l'esigenza di un sistema diagnostico uguale per tutto il mondo. Spitzer quindi fece questo approccio nel quale dovevano essere ignorate tutte le teorie eziopatogenetiche e ci si doveva affidare solo ai dati certi dell'esperienza, e ai sintomi così come appaiono al clinico.

Questa impostazione, fu definita "neo-kraepeliniana" perché mirava alla categorizzazione di tutte le malattie. A questo scopo si individuarono, per ogni disturbo, alcuni "criteri diagnostici" al più basso livello di inferenza possibile i quali potessero caratterizzarlo, e questa è infatti la principale caratteristica del manuale.

(Ma l'intento di Spitzer, ovvero quello di utilizzare solo l'aspetto descrittivo per arrivare a un sistema diagnostico accettato da tutti e oltre che attendibile anche Validato, diciamo che sia fallito in quanto è molto difficile ottenere la validità senza tener conto delle teorie)

### 2) LA DICOTOMIA POLITETICO/MONOTETICO

Dal DSM-III in poi è stato adottato un sistema di tipo non "monotetico" (identifica un gruppo di criteri specifici per disturbo)

ma "politetico" (per ogni diagnosi sono necessari un minimo di criteri diagnostici all'interno di un determinato elenco prestabilito), in cui i pazienti con una determinata diagnosi hanno in comune alcuni criteri diagnostici cioè senza che uno di essi debba per forza essere presente (quello che conta è il loro numero minimo).

Al contrario, nel sistema monotetico uno o più criteri diagnostici devono essere obbligatoriamente presenti per poter fare diagnosi;

Il limite del sistema politetico però è rappresentato dalla eccessiva eterogeneità che esso consente, e che può addirittura vanificare il senso dell'inclusione di due pazienti nella stessa categoria: ad esempio, come osservarono Frances *et al.* (1990), secondo il DSM-III vi sono ben 93 modi differenti di soddisfare i criteri diagnostici della personalità borderline, mentre due pazienti possono soddisfare i criteri della personalità schizotipica senza avere in comune nemmeno un criterio. Secondo il DSM-III infatti erano necessari solo 4 criteri su 8 per la diagnosi di personalità schizotipica, per cui un paziente poteva soddisfare i primi 4 criteri e un altro gli ultimi 4 ed essere entrambi diagnosticati schizotipici (cioè, in modo sconcertante, neppure a livello descrittivo avevano qualcosa in comune);

il DSM-III-R e il DSM-IV hanno eliminato questo inconveniente richiedendo la presenza di almeno 5 criteri su 9 (quindi innalzando la soglia), per cui almeno un criterio deve essere in comune.

### 3) LA DICOTOMIA VALIDITÀ/ATTENDIBILITÀ

Esistono molti tipi di validità (ad esempio “di facciata”, “descrittiva”, “di costruito”, “predittiva”, “di contenuto”, “procedurale”, “concorrente”, “divergente”, “di criterio”, “concettuale”, ecc.); una delle più importanti è la “validità di costruito” (*construct validity*) che rappresenta l’insieme delle prove che supportano un modello teorico utile a spiegare l’eziologia di un disturbo.

L’attendibilità (o affidabilità) invece si riferisce al grado con cui operatori diversi concordano sulle diagnosi fatte indipendentemente l’uno dall’altro sullo stesso paziente (nei test, l’attendibilità si riferisce anche al grado con cui si ottiene lo stesso risultato se il test viene ripetuto, ovviamente se nel frattempo non intervengono fattori che modificano il soggetto studiato);

*Una diagnosi quindi può essere molto attendibile ma sbagliata, cioè non valida.*

### 4) LA DICOTOMIA CATEGORIE/DIMENSIONI

Per quanto riguarda invece la dicotomia categorie/dimensioni, il DSM-III e il DSM-IV hanno sposato un modello “categoriale” e non “dimensionale” delle malattie mentali.

Secondo il **modello categoriale**, lo stato di malattia sarebbe diverso e separato dallo stato di non malattia, e ogni disturbo (quindi ogni “categoria” diagnostica) sarebbe nettamente separato e diverso dall’altro. Si formerebbero le diagnosi NAS (“non altrimenti specificate”) Praticamente le diagnosi che non rientrano in alcuna categoria diventano esse stesse altre categorie, per cui non presentano problemi di catalogazione.

Secondo l’**approccio dimensionale** invece i disturbi mentali vengono considerati variazioni quantitative relative ad esempio alla personalità, alla cognizione, all’umore, ecc.

*Diciamo che il modello dimensionale è più corretto perché più rispondente alla realtà mentre il modello categoriale è astratto, concependo le malattie come “prototipi” difficilmente osservabili nella realtà clinica.*

Quello che è certo è che il modello categoriale è più pratico (la comodità per il clinico che può facilmente “etichettare” un paziente con una certa diagnosi), mentre quello dimensionale è molto complesso e più adatto per la ricerca.

### 5) IL SISTEMA MULTIASSIALE

E’ stato introdotto con il DSM-3 ma eliminato nel DSM-5 in quanto divideva i disturbi in cinque assi:

- Disturbi clinici (schizofrenia, depressione)
- Disturbi di personalità (borderline, narcisistico ecc)
- Condizioni mediche (polmonite, diabete ecc)
- Problemi psicosociali e ambientali (eventi di vita stressanti)
- Valutazione globale del funzionamento (scala da 0 a 100)

Inoltre c’era la suddivisione della psicopatologia nei primi due Assi

- Asse 1(SINCRONICO): i disturbi clinici sono temporanei, possono insorgere e poi passare (depressione)
- Asse 2(DIACRONICO): disturbi di personalità che durano per tutta la vita

Per quanto riguarda l’asse 3 si possono registrare i disturbi medici accanto a ogni singola diagnosi. Con l’asse 4 non si usa una classificazione dei fattori psicosociali ma dei codici dell’ICD

L’asse 5 invece è stato scartato perché è poco chiaro per le troppe variabili incluse ed è stato sostituito con la scala di valutazione WHODAS 2.0 proposta dall’OMS.

## II DSM-5

La decisione di iniziare a lavorare al DSM-5 fu presa dall'APA nel 1999, e in seguito fu nominata una *task force* guidata da David J. Kupfer .

Il 1 dicembre 2012 il "comitato dei garanti" dell'APA ha ufficialmente approvato il DSM-5, che è uscito nel maggio 2013, dopo vari rinvii della pubblicazione che era stata già annunciata per il 2011 e il 2012.

Tra le varie novità contenute nella prima bozza del DSM-5 c'era l'eliminazione di cinque disturbi di personalità (Paranoide, Schizoide, Narcisistico, Istrionico e Dipendente)

Le prime reazioni a questa bozza sono state estremamente critiche, ed è per questo motivo che è stata rimandata la pubblicazione più volte. Tra le tante proteste ci furono anche le dure reazioni di Robert Spitzer e di Allen Frances, perché sono stati i capi delle *Task Force* dei due precedenti DSM, rispettivamente il DSM-III e il DSM-IV

Già Frances aveva notato come il DSM-IV, aveva fatto salire alle stelle i dati epidemiologici di diverse malattie, ad esempio quelle di autismo e di Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD), e queste "epidemie" avevano favorito una crescente tendenza a far passare molte difficoltà della vita per malattie mentali da trattare con farmaci.

I disturbi dell'umore nell'infanzia e nell'adolescenza, ad esempio, erano aumentati di 40 volte, generando un'impennata di prescrizioni farmacologiche per i bambini, anche di appena 3 anni.

Nella bozza del DSM-5 troviamo nuove malattie quali "Disturbo da accumulo", "Dermatillomania" e, nuove per i bambini come "Disturbo dirompente da disregolazione dell'umore", ecc. Riguardo alla proposta di una nuova diagnosi di "Sindrome da rischio psicotico", è stato fatto notare che non solo è ingiustificata, ma che avrebbe anche l'effetto di "psichiatrizzare" inutilmente numerose persone per far aumentare la vendita di farmaci antipsicotici.

Il DSM-5 produrrebbe insomma una esplosione di nuove diagnosi e una medicalizzazione in massa della normalità.

Si può dire che uno dei motivi per cui nel **DSM-5** vi è stato un generale abbassamento delle soglie dei disturbi mentali è dovuto anche al fatto che si è cercato di introdurre un **approccio dimensionale**, e in questo modo marcare una differenza dal DSM-III e dal DSM-IV che erano basati sull'approccio categoriale e che per questo erano stati criticati.

Infatti l'approccio dimensionale, che concepisce le malattie come distribuite lungo *continuum* di determinate variabili (quali ad esempio umore, ansia, ecc.), viene considerato molto più corrispondente alla realtà clinica. Però, nel caso del DSM-5, l'approccio dimensionale è servito, per introdurre il concetto di "spettro", ed è questo che ha favorito un ampliamento dei confini delle malattie, cioè un abbassamento delle soglie tra salute e malattia.

Allen Frances inoltre, disse quali sono secondo lui le undici diagnosi del DSM-5 che creeranno maggiori danni:

1) **Disturbo di disregolazione dirompente dell'umore:**

gli scatti di rabbia diventeranno un disturbo mentale, e coloro che ne patiranno di più saranno i bambini ai quali verranno dati dei farmaci. Già negli anni scorsi, come si è detto, avevamo assistito a tre "mode": il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) che era aumentato tre volte, l'autismo che era aumentato venti volte, e il disturbo bipolare infantile che era aumentato ben quaranta volte. Questa nuova diagnosi di disregolazione dirompente dell'umore può essere una quarta moda che ci accompagnerà nei prossimi anni.

2) **Il normale lutto diventerà Depressione maggiore**, facendo prendere farmaci inutili a tante persone che hanno perduto una persona amata e impoverendo i significati della loro vita.

3) Le normali dimenticanze e debolezze cognitive della vecchiaia verranno diagnostiche come **Disturbo neurocognitivo** minore, creando falsi allarmi e sofferenze in persone che non

svilupperanno mai una demenza vera e propria, e anche in quelli che la svilupperanno dato che non vi è terapia per questo "disturbo".

- 4) **La diagnosi di Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD)** dell'adulto subirà una ulteriore ascesa, con aumento dell'abuso di stimolanti nel mercato parallelo delle droghe da strada.
- 5) A causa dell'abbassamento della soglia dei criteri del **Disturbo da alimentazione incontrollata**, abbuffarsi di cibo dodici volte in tre mesi non sarà più segno di golosità o disponibilità di buon cibo, ma di malattia mentale.
- 6) Contrariamente a quanto si era pensato per il fatto che veniva introdotto il **concetto di "spettro"**, i diversi criteri diagnostici dell'autismo, abbasseranno i tassi di questo disturbo nella popolazione. Questo sarà un bene, ma c'è il rischio che vengano tolti a molti bambini gli insegnanti di supporto che sono fondamentali nelle fasce deboli.
- 7) Le persone che abusano per la prima volta di droghe verranno messe nella stessa categoria diagnostica dei **tossicodipendenti** di lunga data, che hanno diverse necessità, prognosi e uno stigma correlato.
- 8) Il concetto di **"dipendenze comportamentali"** potrà favorire una cultura secondo la quale tutto quello che ci piace molto diventa un disturbo mentale; la dipendenza dal sesso è stata scartata, ma è rimasta la dipendenza da gioco d'azzardo, e occorre stare in guardia dai costosi programmi di trattamento che verranno proposti per speculare su questi pazienti.
- 9) Il confine tra il **Disturbo d'ansia generalizzato** e la **normale ansia quotidiana**, che è già poco chiaro, lo sarà ancor meno, col risultato che vi saranno molti nuovi "pazienti" ansiosi i quali prenderanno i farmaci ansiolitici che, creano dipendenza.
- 10) L'abuso della diagnosi di **Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD)** che già avviene in psichiatria forense aumenterà ancora di più, con effetti facilmente immaginabili.
- 11) **Disturbi somatoformi** (disturbi psichici caratterizzati da dalla presenza di sintomi fisici) del DSM-IV verranno rinominati "Disturbi da sintomi somatici" (eliminando le diagnosi di Disturbo da somatizzazione, Ipocondria, Disturbo algico e Disturbo somatoforme indifferenziato), e basterà che una persona con una malattia fisica sia seriamente preoccupata per ricadere in questa diagnosi.

Più in generale, si può dire che una delle conseguenze negative del **DSM-5** sarà che, a causa dell'abbassamento delle soglie di molte diagnosi, le risorse per il trattamento dei pazienti gravi, che sono già scarse, lo saranno ancora di più perché verranno dirottate per la cura di quella moltitudine di "pazienti" lievi, i quali saranno anche danneggiati dalle nuove diagnosi con cui verranno etichettati.

## STRUTTURA DEL MANUALE

Il DSM5 è composta da circa mille pagine e si apre con la classificazione generale delle diagnosi. È suddiviso poi in 3 sezioni e un'appendice:

- Sezione 1: contiene introduzione, uso del manuale e dichiarazione cautelativa
- Sezione 2: ci sono i criteri diagnostici di tutti i disturbi
- Sezione 3: contiene 4 capitoli nei quali sono pubblicati le scale di valutazione, due interviste per la formulazione del caso clinico, il modello per i disturbi di personalità e infine un capitolo di condizioni per ulteriore studio.

- L'Appendice presenta invece le differenze tra il DSM4 e il DSM5.

## LE NOVITÀ DEL DSM5

### Schizofrenia:

I sottotipi di schizofrenia all'interno del DSM4 vengono tolti perché erano di poca attendibilità e validità e vengono fatti rientrare nel concetto di "spettro schizofrenico". Viene però proposta una scala di valutazione delle dimensioni della gravità della sintomatologia con un punteggio da 0 a 4.

### **Disturbi depressivi bipolari:**

viene tolta la categoria dei "disturbi dell'umore" e cambiata in "disturbi bipolari e depressivi". Per prevenire l'abuso della diagnosi di disturbo bipolare nei bambini è stato inserito il "disturbo di disregolazione dirompente dell'umore" fino ai 18 anni.

### **Disturbo d'ansia, ossessivo-compulsivo e post-traumatici:**

tolto il DOC (disturbo ossessivo compulsivo) e quello post-traumatico e collocati in categorie a se stanti. Inseriti nei DOC nuove diagnosi come disturbo da accumulo

### **Identità di genere:**

viene proposta una nuova diagnosi chiamata Disforia di genere in quanto non viene più ritenuto un disturbo sessuale quindi viene depatologizzato. L'hanno lasciata solo per permettere l'accesso alle cure a coloro che ne hanno bisogno.

Scale di valutazione e formulazione culturale del caso clinico:

il DSM-5 è dotato di 64 scale di valutazione standardizzate che indagano diversi aspetti: