

La fede e i suoi sacri libri agli psichiatri, la speranza ai pazienti

Angelo Barbato

Laboratorio di Epidemiologia
e Psichiatria Sociale
IRCSS – Istituto di Ricerche
Farmacologiche Mario Negri,
Milano
angelo.barbato@marionegri.it

Qualche settimana fa a San Francisco, nel corso del congresso dell'American Psychiatric Association (APA), è stata ufficialmente presentata la quinta edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), frutto di una lunga gestazione durata oltre dieci anni. Il presidente dell'APA, Jeste, in un'affollata confe-

Il DSM-5: una gestazione lunga 10 anni.

renza stampa, ha definito il nuovo manuale un importante passo avanti, frutto di un dibattito scientifico senza precedenti, che aiuterà milioni di pazienti a ricevere il trattamento più appropriato sulla base di una diagnosi accurata. Tuttavia la popolare rivista medica on-line *Medscape Medical News* intitolava il suo articolo di commento alla presentazione di Jeste in modo poco incoraggiante: *DSM-5 officially launched but controversy persists*¹. In effetti la preparazione del DSM-5 è stata accompagnata da critiche e polemiche che si sono intensificate mano a mano che i suoi contenuti venivano resi pubblici.

È impossibile esaminare in dettaglio le caratteristiche del manuale e le discussioni che ha scatenato, considerando le ragioni dei detrattori e dei sostenitori, e mi limiterò quindi a entrare nel merito di alcuni aspetti soltanto.

Pochi giorni prima del congresso di San Francisco, con notevole tempismo e scarso fair play, Insel, direttore del National Institute of Mental Health, cioè l'agenzia pubblica più importante al mondo per il finanziamento delle ricerche in salute mentale, ha emesso un comunicato in cui commentava con toni quasi sprezzanti il nuovo prodotto delle fatiche dell'APA². Egli sottolineava che il nuovo testo, lungi dall'essere la Bibbia che tutti aspettavano, era nel migliore dei casi un semplice glossario, in cui una serie di etichette diagnostiche coprivano raggruppamenti di sintomi la cui aggregazione si basava sul consenso degli esperti, ma non su evidenze scientifiche riguardanti l'eziologia o l'identificazione di marker di malattia. Con questa affermazione Insel affondava il coltello nella piaga, in quanto originariamente la decisione di procedere a una nuova versione del manuale era stata presa nella previsione dell'imminente individuazione delle basi neurobiologiche dei principali disturbi mentali, che avrebbero permesso finalmente di fondare la diagnostica psichiatrica su categorie legate a una ben definita fisiopatologia. Questa aspettativa, che ha ritardato così a lungo la preparazione del manuale, è alla fine rimasta delusa in quanto i progressi tanto sperati della psichiatria biologica non ci sono stati e l'approccio esclusivamente biomedico ai disturbi mentali rimane al momento attuale una presunzione ideologica non basata su dati scientifici. La rivoluzione quindi è stata rinviata e di conseguenza le

L'ultima edizione del Manuale ha ricevuto diverse critiche.

diagnosi si fondano sempre su criteri descrittivi legati all'osservazione del comportamento e a quanto riferito dai pazienti, così come era avvenuto per le due precedenti edizioni del DSM.

È a questo punto opportuno ricordare che cosa aveva significato l'introduzione del DSM-III nel 1980 per la moderna psichiatria.

Il modello diagnostico di tipo categoriale, che da allora si è imposto, è stato fondato sull'isolamento di entità diagnostiche ben definite e separate, a loro volta nettamente delimitate dalla normalità (cioè assenza di malattia). Nell'ambito di questo modello è stata data una risposta alle critiche dirette verso l'arbitrarietà e il significato ambiguo delle diagnosi psichiatriche, stabilendo nel DSM-III, per la prima volta, criteri operativi espliciti per la definizione delle diagnosi che corrispondevano a un elenco dettagliato di sintomi. Le diagnosi psichiatriche così definite risultavano, a differenza delle vecchie diagnosi cliniche, sufficientemente affidabili (cioè due osservatori, se rispettavano rigorosamente i criteri del DSM-III, si trovavano in genere d'accordo nell'applicare a uno stesso paziente la medesima etichetta diagnostica). I creatori del DSM-III potevano affermare orgogliosamente che la diagnosi psichiatrica aveva raggiunto lo stesso livello di affidabilità delle diagnosi mediche in generale. La psichiatria perdeva la sua scomoda caratteristica di disciplina di confine e poteva presentarsi con i crismi di una specialità biomedica. Il DSM-III fu un grande e inatteso successo, anche editoriale, diventando il punto di riferimento per la formazione degli psichiatri in tutto il mondo, a dispetto dei problemi transculturali derivanti dall'origine nordamericana. Nonostante l'impianto riduzionista, la proclamata ateoreticità del DSM-III valse a facilitarne la diffusione qualunque fosse l'orientamento degli psichiatri che lo utilizzavano. L'approccio categoriale favorì inoltre lo spezzettamento delle sindromi più vaste in una quantità di malattie specifiche ognuna individualmente definita e potenzialmente trattabile, rendendo la diagnosi differenziale un esercizio che richiedeva di districarsi tra lunghi elenchi di sintomi.

Tuttavia, l'impalcatura creata dal DSM-III per garantire la correttezza scientifica dell'identificazione delle varie sindromi come base per la formulazione dei trattamenti ha successivamente mostrato i suoi limiti. Studi di popolazione compiuti in varie parti del mondo con metodiche epidemiologicamente corrette hanno mostrato in primo luogo che la suddivisione dei disturbi mentali in categorie diagnostiche ben distinte è artificiosa e non rispecchia la distribuzione nella popolazione dei sintomi psicopatologici, che vengono sperimentati lungo una dimensione continua, per cui vi è un'ampia sovrapposizione tra le categorie, e la differenza tra normalità e malattia è un problema quantitativo che rimanda alla scelta di una soglia e non un problema qualitativo. In secondo luogo, cosa più sorprendente, è emerso che fenomeni psicopatologici ritenuti indicatori di diagnosi gravi, come le allucinazioni e i disturbi del pensiero, possono essere presenti in sottogruppi non trascurabili della popolazione generale, senza essere necessariamente associati a disagio soggettivo o a compromissione del funzionamento sociale. La sola definizione clinica, cioè, non è sufficiente a spiegare la malattia e tanto meno la disabilità, il cui sviluppo richiede l'ingresso in gioco di altri fattori contestuali o soggettivi.

Nel DSM-III, per la prima volta, si sono stabiliti criteri operativi espliciti per definire le diagnosi.

Ma, successivamente, l'impalcatura del DSM-III, ha mostrato i suoi limiti

Le categorie diagnostiche del DSM-III, e del suo successore il DSM-IV, si sono rivelate sufficientemente affidabili, ma purtroppo hanno mostrato una validità limitata, che le rendono insufficienti non solo per progettare il trattamento, ma anche poco utili per lo studio dei fattori di rischio genetici o delle variabili neurobiologiche.

Rispetto a questa eredità, come si è collocato il DSM-5? È sorprendente che critiche molto aspre sono giunte anche da chi si situa pienamente all'interno del modello del DSM-III e IV. È stata molto significativa la posizione di Frances, uno dei creatori dei manuali precedenti, che ha ripetutamente attaccato il DSM-5 fino a sconsigliare i clinici di servirsene, tanto da scrivere *don't buy it, don't use it, don't teach it*³. Le sue critiche si riassumono principalmente in due punti: l'ampliamento dei criteri diagnostici per diverse malattie, tra cui alcune molto diffuse come il disturbo d'ansia generalizzato e il disturbo depressivo maggiore, col risultato di considerare patologiche semplici varianti della normalità, e l'introduzione di nuove categorie diagnostiche di scarso fondamento scientifico e dubbia utilità, come il disturbo neurocognitivo minore.

Anche Spitzer, un altro padre venerabile del DSM-III, è partito all'attacco, mettendo in rilievo come gli stessi dati delle ricerche preparatorie del DSM-5 abbiano evidenziato per alcune diagnosi indici di riproducibilità decisamente bassi⁴. In effetti, se si esaminano questi dati, riportati nella figura 1⁵, si vede che l'indice di riproducibilità è piuttosto basso, cioè tra 0,2 e 0,4 per alcune delle diagnosi più frequenti in psichiatria, come la depressione e l'ansia generalizzata, guarda caso proprio tra quelle i cui confini sono stati allargati oltremisura. I curatori del DSM-5, consci di questo problema, per potere dimostrare che comunque la riproducibilità era accettabile, sono ricorsi a un espediente assai discutibile, decidendo di abbassare a 0,2 la soglia al disotto della quale considerare affidabile l'indice di riproducibilità⁶. Questo significa, come molti hanno osservato, accontentarsi di una probabilità di accordo sulla diagnosi tra due osservatori inferiore al 50%. In sostanza anche l'affidabilità diagnostica, cavallo di battaglia del DSM-III, sembra in parte compromessa nel DSM-5.

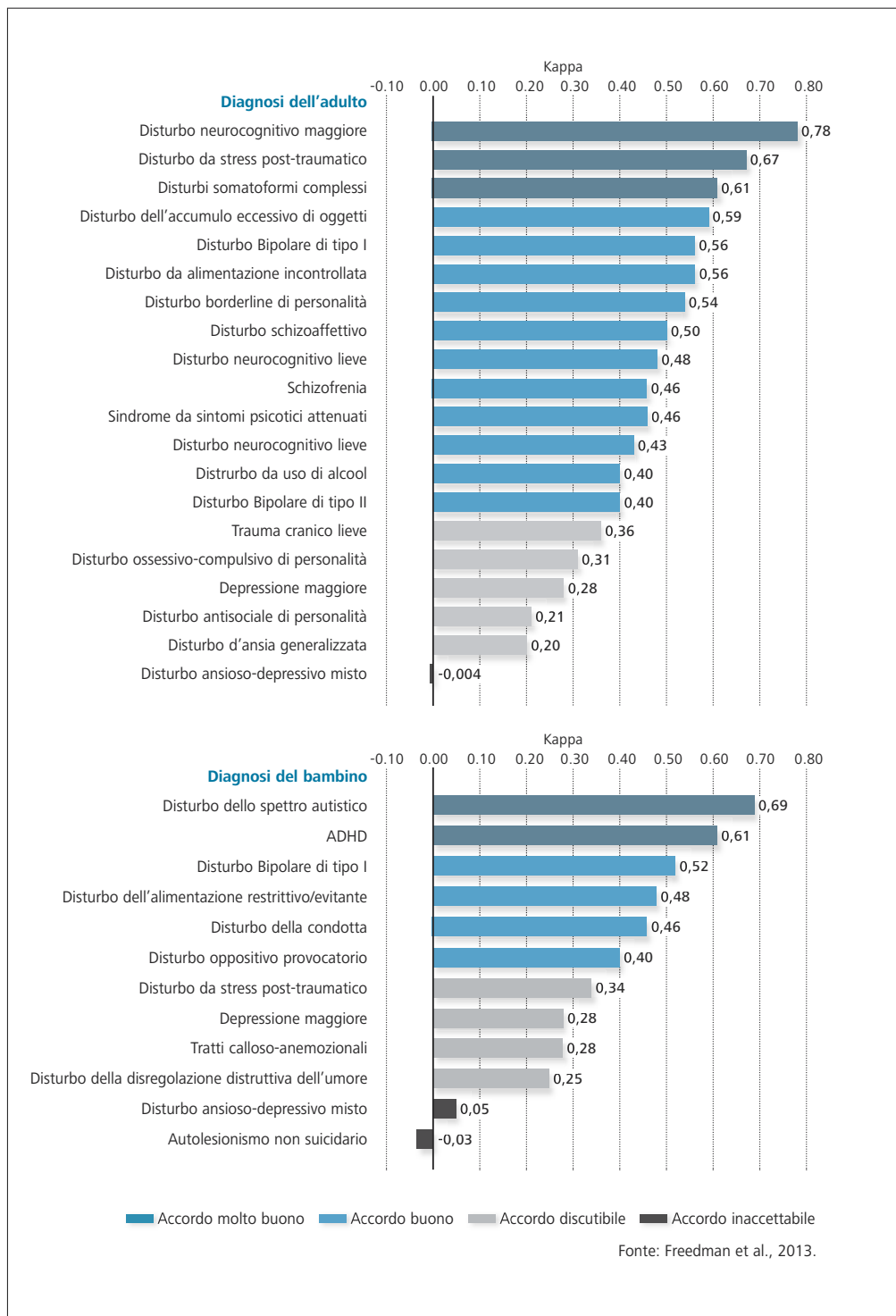
In realtà alcune delle critiche che abbiamo riferito, soprattutto quelle di Frances, si potrebbero in parte applicare anche alle precedenti edizioni del manuale e sono state solamente accentuate dal DSM-5, ma erano già presenti nelle precedenti edizioni. In ogni caso l'ampliamento dell'area dei comportamenti ritenuti sintomo di malattia è stato visto con preoccupazione da diversi osservatori, in quanto foriero di rischi di stigmatizzazione ed esposizione a una medicalizzazione non necessaria.

Al momento sembra necessario, più in generale, assumere un atteggiamento di umiltà nei confronti delle categorie diagnostiche in psichiatria, riconoscendone i limiti in quanto strumento puramente descrittivo, non riconducibili a entità eziologicamente omogenee, valorizzando al contrario il carattere dimensionale dei fenomeni psicopatologici e considerando questi ultimi come base per le ricerche, una prospettiva su cui sembrano convergere oggi i ricercatori più avveduti di diverse discipline, dalle neuroscienze all'epidemiologia e alla psicologia.

BIBLIOGRAFIA

1. Cassels C. DSM-5 officially launched but controversy persists. Medscape Medical News, May 18, 2013.
2. Insel T. Transforming diagnosis, Director's Blog. National Institute of Mental Health, April 29, 2013.
3. Frances A. The new crisis in confidence in psychiatric diagnosis. *Ann Intern Med* 2013; doi: 10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00655.
4. Spitzer RL, Frances A. Guerre psicologiche: critiche alla preparazione del DSM-5. *Psicoterapia e Scienze Umane* 2011; 45: 242-62.
5. Freedman R, Lewis DA, Michels R, et al. The initial field trials of DSM-5: new blooms and old thorns. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 1-5.
6. Kraemer HC, Kupfer DJ, Clarke DE, Narrow WE, Regier DA. DSM-5: how reliable is reliable enough? *Am J Psychiatry* 2012; 169: 13-5.

Figura 1. Indice di riproducibilità delle principali categorie diagnostiche del DSM-5.



Maria Antonella Costantino
UONPIA, IRCCS “Ca’ Granda”
Ospedale Maggiore Policlinico,
Milano
tonicost@fastwebnet.it

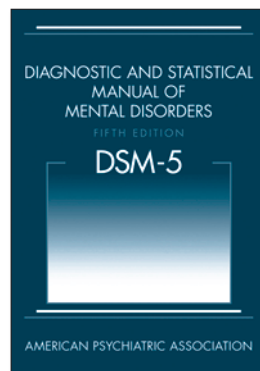
Maggio è per l’American Psychiatric Association (APA) il mese della *Mental Health Awareness*, mal traducibile in italiano in “consapevolezza in salute mentale”. Forse anche per questo motivo

l’uscita ufficiale della quinta revisione del Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM-5) è stata collocata proprio a maggio, a quasi vent’anni dalla precedente. Il percorso della revisione è stato lungo e complesso. Ha occupato quasi un decennio di intenso lavoro di più di 400 specialisti, coinvolgendo per la prima volta in modo allargato utenti e cittadini grazie alle possibilità partecipative offerte dalla rete e cercando di includere le principali evidenze emerse dalla letteratura e di testare le modifiche proposte attraverso studi sul campo che ne analizzassero l’impatto.

L’uscita della nuova revisione ha immediatamente riaperto l’antica discussione intorno alla validità e affidabilità dello strumento e ai limiti concettuali insiti nella sua struttura. Particolarmente polemica appare la posizione del Direttore del National Institute of Mental Health che, a pochi giorni dall’uscita ufficiale della revisione, non solo dichiara che il DSM deve essere considerato una sorta di dizionario nell’ambito dei disturbi mentali e non certo una Bibbia, poiché le diagnosi sono basate sul consenso dei clinici intorno a raggruppamenti sintomatologici e non su criteri oggettivi, come avviene in altre aree della medicina, ma afferma anche che non finanzia più studi basati solo sui criteri del DSM ed evidenzia la necessità di incorporare maggiormente la genetica, le scienze cognitive, le neuro immagini e altre informazioni significative in un nuovo sistema classificatorio al quale il National Institute of Mental Health sta lavorando.

In effetti, molti sono i punti critici che permangono e su alcuni di essi le prese di posizione sono dissonanti. Benché fin dalle prime edizioni il DSM abbia voluto porsi come strumento ateoretico, che cerca “solo” di aumentare la riproducibilità delle diagnosi e il confronto tra i clinici, è sempre stato permeato fortemente dalle influenze culturali dominanti, passando dalla impronta psicoanalitica delle prime edizioni all’attuale biomedica. La maggiore componente dimensionale e l’introduzione di alcune diagnosi molto discusse (tra cui la depressione in seguito ad eventi luttuosi, l’uso eccessivo di internet e altre analoghe) hanno evidenziato ulteriormente il problema dell’artificialità della differenziazione tra normalità e patologia, del rischio di medicalizzazione di normali risposte transitorie e di insufficiente considerazione degli elementi di contesto, nonché del rilevante influsso esercitato dalle case farmaceutiche e dagli interessi economici (la pubblicazione del DSM frutta all’APA diversi milioni di dollari all’anno). Inoltre, nonostante l’impegno attivato (e ampiamente pubblicizzato) nella direzione di una maggiore inclusione delle differenze di genere, etniche e culturali, resta uno strumento fortemente legato alla cultura occidentale, di applicabilità limitata quindi nel caso di paesi con culture diverse. Discutibile appare inoltre la propria applicabilità nell’ambito della medicina di base.

Ciononostante, va preso atto che la nuova versione presenta numerosi cambiamenti rispetto alle precedenti, sia in età adulta che ancor più per l’età evolutiva, e cerca di collocarsi nella direzione di una maggiore omogeneità



L’uscita del DSM-5 ha riaperto la diatriba intorno alla validità e all’affidabilità di questo strumento.

Questa nuova edizione rimane comunque tutt’ora uno strumento fortemente legato alla cultura occidentale, quindi molto limitato rispetto a paesi di culture diverse.

con il sistema dell'International Classification of Diseases (ICD), la cui undicesima revisione dovrebbe essere completata entro il 2015.

Il manuale inizia con il capitolo dei disordini del neurosviluppo, a sottolineare una aumentata attenzione ad un'ottica evolutiva. Tende a ridurre il numero delle codifiche possibili (che erano invece aumentate in modo esponenziale dal DSM-I al DSM-IV) raggruppando i disturbi sotto ombrelli comuni ed evidenziando come essi possano frequentemente presentare un decorso *life long*, con caratteristiche diverse a secondo delle età.

Nell'ottica della semplificazione, per l'età evolutiva vengono unificati nel "disturbo di apprendimento" il disturbo della lettura, il disturbo del calcolo e il disturbo di scrittura, e vengono ricomprese sotto l'unica etichetta di "disturbo dello spettro autistico" tutte le codifiche diagnostiche relative ai disturbi pervasivi dello sviluppo (disturbo autistico, autismo atipico, disturbo disintegrativo dell'infanzia, sindrome di asperger, disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato).

Le modificazioni introdotte per l'area dei disturbi dello spettro autistico sono tra le più rilevanti ed esemplificative dell'intera revisione, sia sul piano concettuale che delle ricadute concrete. Vengono parzialmente modificati i criteri richiesti per la diagnosi, diminuendo il numero di quelli necessari. Viene aggiunto un nuovo criterio relativo alla presenza di deficit funzionale e sostituito il rigido criterio relativo all'esordio prima dei 3 anni di età con un criterio più flessibile che include la possibilità che i sintomi abbiano raggiunto la piena espressività in epoche successive purché le prime manifestazioni siano avvenute entro i 3 anni. Vengono inoltre unificati in un nuovo dominio (alterazioni della comunicazione sociale e dell'interazione) due dei tre domini sintomatologici presenti nel DSM-IV, e introdotta una nuova codifica per i disturbi di socializzazione e comunicazione.

Il concetto di spettro evidenzia il passaggio, trasversale a tutto il DSM-5, da un approccio categoriale (i disturbi ci sono o non ci sono) a un approccio più dimensionale, in cui i sintomi si collocano in un continuum tra norma e patologia, con "soglie" probabilistiche che indicano il passaggio tra l'una e l'altra, in modo analogo a quanto avviene in altre aree della medicina (pensiamo all'ipertensione o al diabete). L'inclusione sotto un unico cappello di disturbi precedentemente separati va ad indicare come le diverse forme possano presentarsi in modo variabile nei diversi soggetti, sfumando progressivamente da una forma ad un'altra, a volte con espressività incompleta, come in questi anni l'altissima percentuale di diagnosi di "non altrimenti specificato" ha evidenziato. Evidenzia inoltre come, pur a fronte di un significativo ampliamento delle conoscenze, quanto oggi sappiamo non consente ancora di differenziare nettamente forme diverse di disturbi che presentano caratteristiche simili, e che molta è ancora la strada da fare in questa direzione.

La modificazione delle codifiche e dei criteri per la diagnosi va ad impattare su incidenza e prevalenza, rendendo più complesso il confronto longitudinale (in diverse patologie, tra cui certamente l'autismo, è assai discusso se l'aumento della prevalenza segnalato negli ultimi anni rifletta un aumento della patologia, il progressivo allargamento dei criteri diagnostici o una maggiore sensibilizzazione dei clinici e della popolazione), e potendo de-

Le modifiche più rilevanti introdotte nel DSM-5 riguardano l'area dei disturbi dello spettro autistico.

terminare ricadute significative sull'accesso alle cure e ai servizi educativi nei paesi in cui esso è garantito in base alle categorie diagnostiche. Gli studi di impatto ad oggi effettuati evidenziano come i nuovi criteri per l'autismo abbiano una buona specificità (>95%) ma una bassa sensibilità, e vadano a ricomprendere approssimativamente solo il 91% delle diagnosi attuali. Molti di coloro che non presenteranno più un numero di criteri sufficiente per una diagnosi di disturbo dello spettro autistico (verosimilmente soprattutto dalla vecchia categoria di DPS-NAS: Disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato) rientreranno però nei criteri della nuova categoria di disturbi di socializzazione e comunicazione, auspicabilmente senza significativi cambiamenti nelle possibilità di accesso alle cure. La sottolineatura della componente *life long* potrebbe contribuire ad evitare che disturbi come autismo e ADHD "scompaiano" al compimento dei 18 anni, come attualmente purtroppo frequentemente avviene in Italia e in molti altri paesi. **R&P**

I nuovi criteri per l'autismo hanno buona specificità, ma bassa sensibilità.