

**Siamo tutti matti?  
Psichiatri nel guado**

**B**ussola utile ma anche manuale spaccapscichiatri. È il nuovo Dsm-5, che nel tentativo di medicalizzare ogni sintomo attira più di una critica.

A PAG. 2-3

**SALUTE MENTALE/ Focus sulla quinta versione del Manuale diagnostico e statistico (Dsm-5)**

# Psichiatri, ecco la nuova bussola

**La Sip difende l'operazione: «Non è un testo sacro ma un supporto»**

**I**l Manuale diagnostico e statistico per i disturbi mentali (Dsm) fin dal 1952 ha costituito uno dei sistemi di classificazione internazionale delle malattie mentali tra i più utilizzati dai professionisti. Ogni sua nuova edizione (oggi siamo alla quinta) genera però sempre critiche, proteste e perplessità prima e dopo la sua uscita. Le motivazioni sono diverse, alcuni ne criticano le impostazioni metodologiche, altri le implicazioni economico/assicurative correlate, infine è sempre presente nell'orizzonte di queste battaglie il tema dei trattamenti psicofarmacologici che vengono, da alcune voci, ritenuti inevitabili per ogni disturbo descritto nel manuale, insinuando l'esistenza di un circuito autoalimentante che prevede l'immissione in commercio di nuove molecole per ogni disturbo o la creazione di nuovi disturbi se in commercio sono presenti psicofarmaci da vendere.

Il tema centrale nella revisione periodica del Dsm è quello di riconoscere e rendere attendibili e affidabili le diagnosi psichiatriche, di segnare quindi la soglia che separa la normalità dalla patologia. Il Dsm rappresenta lo sguardo della psichiatria sulla comunità consentendo l'individuazione delle patologie.

Lo sviluppo delle neuroscienze soprattutto nell'area della genetica e del brain imaging ha permesso una maggior comprensione dell'interazione tra genetica e ambiente e l'arricchimento di quella nuova area chiamata epigenetica. L'epigenetica riconosce una sostanziale influenza dell'ambiente e quindi degli stili di vita e delle scelte dell'individuo e/o della cultura in cui vive sul benessere della mente; consente inoltre di prospettare esiti di trattamento più positivi. La possibilità di agire su più livelli (da quello farmacologico a quello psicoterapico, a quello somatico) sta consentendo di arrivare ai percorsi finali comuni nei diversi trattamenti e di definire migliori possibilità di integrazione tra questi.

Una nosologica psichiatria coerente e plausibile, quale quella praticata oggi, dovrà inevitabilmente passare per un collegamento tra i sintomi e il cervello. Il compito è quello di creare una classificazione a partire dai sintomi, dalla loro caratterizzazione disfunzionale in rapporto ai contesti per procedere all'identificazione dei processi neurali, con eventuale supporto di basi genetiche.

Il Dsm-V cerca, pur con molti limiti, di compiere questo passo fondamentale.

Il timore diffuso che a ogni nuova edizione si manifesta tra gli operatori della salute mentale e tra l'opinione pubblica, è che queste indicazioni diagnostiche provochino una nuova esplosione di malattie mentali. In particolare a preoccupare è l'abbassamento della soglia diagnostica delle patologie già esistenti e l'individuazione di altre patologie a volte legate a nuovi usi e costumi contemporanei. Alcuni esempi tra tutti sono le dipendenze senza sostanza (gambling, shopping compulsivo, sex addiction), l'Adhd nell'adulto, il binge eating, lo skin picking, oppure il non riconoscimento della sindrome di alienazione genitoriale. Uno dei temi più controversi riguarda il lutto. Nell'edizione precedente il lutto era escluso dalla diagnosi di depressione maggiore, ora non necessariamente.

La risposta a una perdita significativa (per esempio lutto, rovina economica, conseguenze di un disastro naturale, grave malattia o disabilità fisica) può includere sentimenti di intensa tristezza, tendenza a rimuginare sulla perdita, insonnia, riduzione dell'appetito e perdita di peso, che possono assomigliare a un episodio depressivo. Per quanto questi sintomi possano essere comprensibili e legati alla perdita, non ne consegue che non possa essere presente un disturbo depressivo maggiore. Occorre quindi essere in grado di formulare un giudizio clinico sulla base della conoscenza dell'individuo e sulle norme del-

la cultura circa l'espressione della sofferenza nel contesto della perdita.

Già le precedenti edizioni del Dsm, sempre editate dall'American psychiatric association, hanno rappresentato l'evoluzione dei tempi escludendo l'omosessualità dalle patologie psichiche e l'abolizione del termine nevrosi.

L'accusa sostenuta dai critici del Dsm-V (che attualmente comprende quasi 400 diagnosi), ovvero che vi sia nell'aumento delle patologie psichiche un possibile aumento nelle prescrizioni farmacologiche indotto dalle "Big pharma", non è necessariamente vera. Il Dsm-V infatti considera solo gli studi clinici con basi epidemiologiche e scientifiche forti condivisi dalla comunità scientifica internazionale.

La medicina basata sull'evidenza ha provveduto nel corso degli anni a definire anche per la psichiatria un cerchio ideale al cui interno sono presenti gli interventi di provata efficacia secondo le verifiche del metodo scientifico. Fuori da tale cerchio, troviamo trattamenti omeopatici e fitoterapici, ma anche tutti gli interventi psicologici o psicoterapici che non hanno fornito valide evidenze di efficacia. Tra le eccezioni le psicoterapie a indirizzo cognitivo comportamentale, il Trattamento psicoterapico interpersonale (Ipt) e alcune forme di psicoeducazione individuale e familiare.

Nonostante lo sviluppo delle neuroscienze, non esistono ancora test biologici basati sui geni, sui marcatori nel sangue o sulle immagini cerebrali che aiutino a diagnosticare la malattia mentale.

Parte dell'opinione pubblica, colleghi di altre specialità cliniche e psichiatri fortemente ideologizzati vorrebbero che la psichiatria continuasse a essere una disciplina tradizionale che si occupa solo dei "matti" e di quelle patologie che popolavano gli ospedali psichiatrici. In realtà oggi i problemi di salute mentale che rappresentano la vera sfida del XXI secolo e che riguardano il 40% della popolazione euro-

pea, in particolare i giovani (il 75% dei disturbi mentali compare entro i 24 anni), implicano che gli psichiatri si debbano occupare anche di quei disturbi che rappresentano un continuum con la normalità, ma che per intensità, gravità e conseguenze sul funzionamento socio relazionale, sono da considerare patologici.

Esiste una zona grigia tra le forme conclamate di questi disturbi e il range di normalità in cui solo la competenza e l'esperienza di un bravo clinico psichiatra possono effettuare la diagnosi differenziale. L'assenza di test diagnostici oggettivi fa sì che esperienza e competenza nonché sistemi diagnostici come il Dsm-V o l'Icd-10 (International Classification Disorders in prossima uscita nella versione 11) siano più importanti in psichiatria che in altre discipline mediche.

Quindi nessuna intenzione di considerare il Dsm-V alla stregua di un testo sacro, nessuna volontà di medicalizzare forzatamente i problemi esistenziali, ma un invito alla psichiatria a svolgere una più ampia azione di prevenzione e tutela della salute mentale della popolazione. Il 29-30 novembre la Società italiana di psichiatria dedicherà il suo congresso annuale, che si terrà a Firenze, all'impatto del Dsm-V sulla realtà e pratica clinica nel nostro Paese.

**Claudio Mencacci**  
Presidente Società italiana  
di Psichiatria  
Direttore Neuroscienze  
Ao Fatebenefratelli-Oftalmico  
Milano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Undici anni di lavoro e polemiche

**S**ono stati undici anni al cardiopalma quelli serviti a sfornare l'ultima versione del Dsm, diffusa lo scorso maggio a San Francisco. Segnati da feroci polemiche, eclatanti abbandoni, accuse e sospetti (i soliti: collusione con Big Pharma). Non è difficile capire perché: il manuale inventato nel 1952 dall'American psychiatric association (Aps) tenta l'impresa, apparentemente impossibile, di catalogare i disturbi della psiche sulla base dell'evidenza scientifica e di rincorrere insieme lo spirito del tempo (da qui, nel Dsm-5, l'inclusione del gioco d'azzardo patologico e dell'internet gaming). Inanellando anche inciampi, confusioni e veri e propri errori.

Un'operazione di classificazione così ambiziosa, sicuramente utile agli psichiatri per avere una bussola che li aiuti a orientarsi e a prendere decisioni, non può pretendere di essere immune dai rischi che inevitabilmente comporta: il primo, e il più grave, è quello di medicalizzare la normalità ovvero di considerare patologiche oscillazioni e disagi connessi al nostro essere

umani. Un rischio pericoloso per gli adulti ma pericolosissimo per i bambini. Il più agguerrito critico del Dsm-5 è colui che presiede il gruppo di lavoro che ha portato alla stesura del Dsm-IV, Allen Frances. Che si è scagliato con veemenza contro la «sindrome psicotica attenuata». Che cos'è? L'etichetta trovata per quei piccoli che soffrono di allucinazioni e che sentono voci, ritenuta da alcuni la prima manifestazione di una psicosi futura e dunque bisognosa di essere curata, con e senza farmaci. Anche se le ricerche sul punto sono contraddittorie. Per Frances si trattava della peggiore singola proposta del Dsm-5. La discussione che ne è seguita ha fatto sì che venisse derubricata dalla sezione principale del manuale alla sezione 3, riservata a quelle condizioni che vanno ancora verificate. Ma il caso è esemplare. «L'esperienza dolorosa con il precedente Dsm - ha scritto Frances - insegna che se qualcosa nel sistema diagnostico può essere usato male e può diventare una moda, così accade». La cautela, insomma, è d'obbligo. (B.Gob. e M.Per.)

### LUTTO E DEPRESSIONE

**C**on il nuovo Dsm, un lutto recente non esclude più dalla diagnosi di depressione grave. Il precedente manuale prevedeva che chi aveva perso da poco una persona cara non dovesse ricevere una diagnosi di depressione, a meno che i sintomi durassero più di due mesi. Adesso questa esclusione è scomparsa. Le ragioni addotte dall'Aps sono varie, una su tutte: la necessità di considerare il lutto come un grave fattore di stress psicosociale che può accelerare

un episodio di depressione maggiore in un individuo vulnerabile, aggravando il rischio di sofferenza, propositi suicidi, peggioramento delle relazioni. Il manuale elenca alcune condizioni che dovrebbero aiutare i clinici a distinguere tra lutto e depressione. Ma la novità è tra quelle che hanno fatto più discutere. Perché l'effetto è chiaro: autorizza la prescrizione di farmaci (e dunque il rimborso da parte delle assicurazioni dei relativi costi) per una nuova fetta di pazienti.

### DIPENDENZE, GIOCO PATOLOGICO E INTERNET GAMING

**I**l Dsm 5 supera la precedente distinzione tra abuso di sostanze e dipendenza e fonde i due concetti nel «disturbo da uso di sostanze» misurato su un continuum da lieve a severo. Per ogni sostanza (dall'alcol alla cocaina) è individuato un disturbo separato ma i criteri diagnostici sono pressoché gli stessi, rafforzati rispetto al Dsm IV.

Il capitolo include anche il gioco d'azzardo patologico (prima inserito tra i disturbi del con-

trollo degli impulsi) come unica condizione della nuova categoria relativa alla dipendenza da comportamenti.

Nella terza sezione del manuale, invece, quella che contiene la lista dei disturbi da verificare con ulteriori ricerche, compare il disturbo da internet gaming. Che non include tra i criteri diagnostici - precisa l'Aps - l'uso generale di internet, il gioco o l'uso dei social media.

## DISORDINI OSSESSIVO-COMPULSIVI

Il nuovo capitolo sui disturbi ossessivo-compulsivi e correlati vede in prima linea il disturbo da accumulo e quello da "skin-picking". Il primo è caratterizzato dalla persistente difficoltà di separarsi dagli oggetti posseduti, al di là del loro valore intrinseco. Gli effetti sono nocivi sia per il diretto interessato che per i suoi familiari, sotto il profilo emotivo, fisico, sociale e anche legale. I sintomi, che portano a esempio all'impossibilità di accedere a zone della casa ostruite dall'accumulo, comportano uno stress clinico significativo. Il disordine è stato incluso nel Dsm-5 perché la ricerca mostra che si tratta di un disagio a sé, che necessita di un trattamento ad hoc. Sulla base del Dsm-IV questi individui potevano ricevere una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo (Ocd), di disordine da personalità ossessivo-compulsiva, di disordine da ansia non specificato o anche nessuna diagnosi. Creare con il Dsm-5 una diagnosi unica mirerebbe ad accrescere la consapevolezza nel pubblico, a migliorare l'identificazione dei casi (stimati tra il 2 e il 5% della popolazione) e a stimolare ricerca e sviluppo di trattamenti.

I sintomi del disordine da escoriazione o skin-picking «non possono essere meglio spiegati dai sintomi di altri disordini mentali». Si è deciso di includere questo disagio nel Dsm-5 perché la prevalenza è stimata tra il 2 e il 4% della popolazione. Gli effetti possono includere problemi medici come infezioni, lesioni della pelle, cicatrici e fisico deturpato.

## DISTURBO DISREGOLATIVO DELL'UMORE

Il disturbo disregolativo dirompente dell'umore (DMDD) è tra le new entry del Dsm-5: stando al manuale si distinguerebbe dai meri attacchi di collera in quanto caratterizzato da accessi severi e ricorrenti, del tutto sproporzionati nell'intensità e nella durata. In media, questi episodi perché si tratti di DMDD ricorrono tre o quattro volte alla settimana per almeno un anno. Tra uno scatto e l'altro, il bambino con DMDD è costantemente irritabile. La diagnosi richiede che i sintomi si verifichino in almeno due dei "setting" d'elezione: a scuola, a casa e con gli amici e che siano severi in almeno uno di questi contesti. Durante il periodo considerato ai fini della diagnosi, il bambino non deve non aver manifestato sintomi per tre o più mesi consecutivi. La comparsa dei sintomi dev'essere prima dei 10 anni, e la prima diagnosi non dovrebbe essere fatta prima dei 6 anni e oltre i 18 anni.

Nel manuale si sottolinea la necessità di mantenere netta la distinzione rispetto a diagnosi di disturbi che presentano sintomi simili: il disturbo oppositivo provocatorio (Oppositional defiant disorder) e il disturbo bipolare (Bipolar disorder). Le caratteristiche peculiari e uniche della DMDD necessitano di una nuova diagnosi - si sottolinea del Dsm-5 - tale da garantire che i bambini interessati da tale disordine ricevano effettivamente il sostegno clinico di cui hanno bisogno.