

PSICHIATRIA / 2

# Dsm, la rivolta dei medici

di Vittorio Lingiardi

Allen Frances, classe 1942, è un pezzo di storia della psichiatria. Ha presieduto i lavori del comitato scientifico di quell'American Psychiatric Association (Apsa) che, nel 1994, portò la quarta edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (Dsm-IV): 886 pagine, 297 disturbi. Oggi, capelli bianchi e abbronzatura alla Robert Redford, Frances è un professore emerito che vorrebbe godersi la pensione in California. Invece, è reduce da un giro di conferenze, anche in Italia, dal titolo «Ust e abusi della diagnosi in psichiatria». Oggetto della sua preoccupazione, e delle sue critiche severe, sono i criteri proposti (li trovate su [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)) per la quinta edizione del Dsm, la cui uscita è prevista nel maggio 2013. Del Dsm-5 (da romana la numerazione è diventata araba, quindi Dsm-5), ha parlato su queste pagine Gilberto Corbellini più di un anno fa («Disturbi mentali, il catalogo è questo», 22 marzo 2010), raccontandone costi e ricavi ed elencando le principali novità: maggior attenzione agli aspetti dimensionali della diagnosi (cioè non solo la presenza/assenza di un sintomo o di un disturbo, ma anche la sua intensità), semplificazione di diagnosi "complesse" quali schizofrenia e autismo, riduzione del numero dei disturbi di personalità, revisione del quadro nosografico delle "dipendenze", con introduzione di nuove dipendenze comportamentali, per esempio da Internet.

Ma cosa preoccupa Frances, al punto da invitare l'intera comunità dei professionisti della salute mentale a firmare una petizione ([www.ipetitions.com/petition/dsm5](http://www.ipetitions.com/petition/dsm5)) e perorare una *users' revolt*, una ribellione degli utenti del Dsm? Petizione a cui l'Apsa, proprio in questi giorni, ha fornito risposte tese più ad appiattire i contrasti che ad affrontare le critiche, attraverso quelle che lo stesso Frances ha definito «formule bizantine» che sostanzialmente ignorano il problema.

Un punto di partenza per descrivere questa rivolta fantapsichiatrica potrebbe essere il mancato coinvolgimento degli psicologi come comunità professionale nella stesura del Dsm-5. La marginalizzazione degli psicologi è un problema delicato dato che questi non solo applicano il Dsm nella pratica clinica, ma conducono anche ricerche sulla base delle sue categorie diagnostiche. Le critiche contenute nella petizione anti Dsm-5 sono infatti sottoscritte da un lungo elenco di *divisions* dell'American Psychological Association. Poco prima si era mossa in modo simile la British Psychological Society. L'anno scorso, un autorevole cartello di esperti (Shedler, Beck, Fonagy, Gabbard, Gunderson, Kernberg, Michels e Westen) aveva lanciato un allarme sul futuro diagnostico dei disturbi di personalità, una delle diagnosi più importanti nel campo della salute mentale (basti pensare al loro ruolo in ambito forense). In particolare suscitò scalpore, tra noi addetti ai lavori, l'esclusione dal *Manuale* di alcuni importanti disturbi di personalità, quali il paranoide, lo schizolide, l'istrionico, il dipendente e soprattutto il narcisistico. Tanto che, nel giugno 2011, l'American Psychiatric Association si sentì costretta a reinscrivere tra le diagnosi almeno quest'ultimo, accogliendo così in parte le osservazioni dei molti clinici che vedevano nella sua eliminazione l'affacciarsi di una pericolosa scollatura tra la realtà clinica e le categorie diagnostiche, oltre che la preoccupante eliminazione di tutte le manifestazioni psicopatologiche

che non immediatamente riducibili a meccanismi di tipo biologico. Ma il dissenso era ormai diffuso e, proprio dalle pagine dell'*American Journal of Psychiatry*, questi clinici internazionalmente noti definivano la diagnostica di personalità targata Dsm-5 «un agglomerato poco maneggevole di modelli disparati e male assortiti, che rischia di trovare pochi clinici disposti ad avere la pazienza e la costanza di farne effettivamente uso nella loro pratica». Anche in Italia si è mosso qualcosa: un gruppo di clinici e ricercatori di diversa formazione (Lingiardi, Ammaniti, Dazzi, Del Corno, Liotti, Maffei, Mancini, Migone, Rossi Monti, Semerari, Zennaro) ha voluto inviare all'Apsa una lettera con le proprie perplessità sul tema. E anche l'ultima Newsletter dell'Ordine degli psicologi del Lazio presenta un analogo documento critico.

Ricordo che il Dsm è probabilmente il sistema diagnostico in psichiatria più usato al mondo. Se i suoi meriti sono noti, primo tra tutti il tentativo di creare una lingua comune e principi condivisi per descrivere i disturbi mentali, i punti di debolezza dell'imminente Dsm-5 sono sotto i

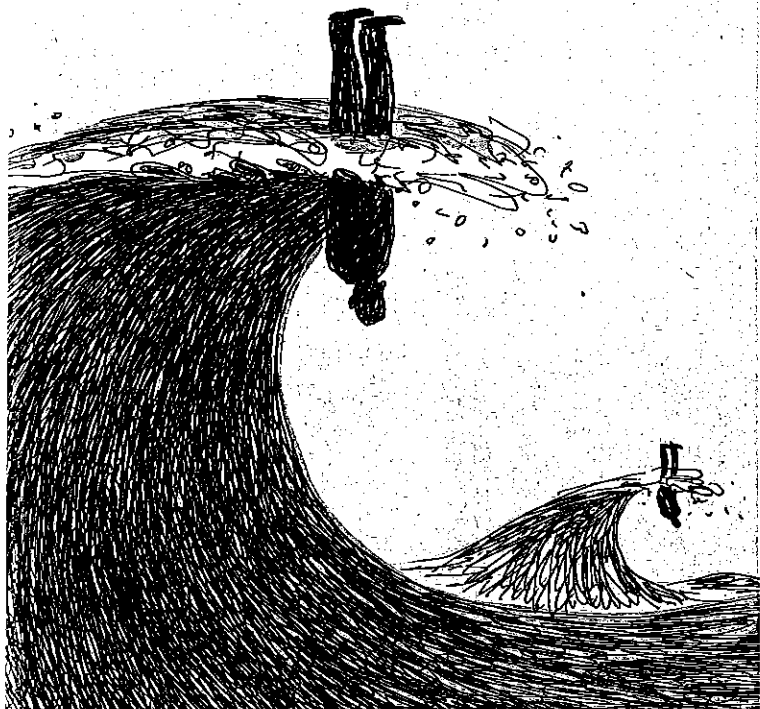
**L'aggiornamento del «Manuale» impiegato internazionalmente per la diagnosi dei disturbi mentali indebolisce alcuni concetti compromettendone l'utilità**

riflettori. Proviamo a riassumerli: 1. «abbassamento delle soglie diagnostiche» col conseguente accresciuto rischio di falsi positivi (viene diagnosticato un disturbo mentale che non c'è) e relativa medicalizzazione (psicofarmacol compresi) di soggetti non clinici; 2. «inserimento di nuove categorie diagnostiche» dubbie, come la «sindrome psicotica attenuata», che sembra peraltro avere un basso potere predittivo rispetto allo sviluppo successivo di una sindrome psicotica vera e propria, e il «disturbo neurocognitivo lieve», diagnosticabile nella maggior parte degli anziani; oppure l'eliminazione del precedente criterio che impedisce di far diagnosi di «depressione maggiore» in presenza di un lutto (per cui sarà più facile diagnosticare come sindromi depressive, e quindi medicalizzare, alcune reazioni di lutto normali); 3. «minore attenzione al peso dei fattori psicologici, sociali e culturali nella genesi e nell'espressione dei disturbi mentali»; 4. «eccessiva polarizzazione medico-organicista», dal punto di vista sia teorico sia clinico; 5. la già citata inadeguatezza della «revisione dei disturbi di personalità».

Le implicazioni scientifiche, sociali, economiche e legali delle proposte avanzate dal Dsm-5 sono numerose. E qui si spalancano due scenari. Il migliore: l'Apsa apre la costruzione del Dsm-5 a reviewer esterni e indipendenti, decidendo di includere nella versione finale solo le proposte che superano l'esame. Il Dsm-5 resterebbe in questo caso un manuale relativamente sicuro e ampiamente usato. Il peggiore: le *task force* in azione radicalizzano le proprie posizioni e si rifiutano di prendere in considerazione le critiche provenienti da gran parte della comunità internazionale. In questo caso il Dsm rischierebbe di perdere il suo status di manuale standardizzato e sufficientemente affidabile per le diagnosi psichiatriche descrittive, e i professionisti di diversa formazione e appartenenza inizierebbero a litigare arroccandosi su posizioni estreme (biologico vs psicologico; cervello vs mente; ricerca vs clinica), ma soprattutto anacronistiche.

# Depressione

Illustrazione di Guido Scabbottolo



ano in assoluto a molti meno. Era meno devota di vita era anno probabilmente del nostro depressione si anni. o di Bonomi e possono ripassare la moder-problemi una-milla di concreto ca che fortunati per far luce depressione (Borutta sua), sulle ultimi vent'anni, nel 1993, Prozac (La pillola) sono state pubblicate se non di depressione, che di condia del tutto naturale, per alcuni, attive "multinazionali" clinici, e fanche dimostrano endere è efficace senza lante ma senza one non esiste, a salutare a un anni Bollati Boin una campa-

gna di traduzione sistematica dei libri che peggio dicono sul ruolo dell'industria farmaceutica nella commercializzazione della depressione come malattia (per esempio, il famosissimo libro di Philippe Pignarre, *L'industria della depressione*, 2010).

Alcuni libri più interessanti e orientati verso approcci pragmatici e più sensati, ci si è guardati bene dal tradurli. Per esempio *The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorders* (Oxford University Press, 2007), in cui Jerome Wakefield e Allan Horwitz dimostrano che la definizione di depressione ha effettivamente ampliato il suo campo semantico. Non ci si poteva aspettare, dato il complacimento che circola tra gli intellettuali italiani per il dolore psichico, che venisse tradotto l'altro libro di Kramer, *Against Depression* (Viking 2005). Ma almeno quello che è uno dei migliori libri, anche letterariamente, sulla depressione: *The noonday demon: an atlas of depression* (Scribner 2001), dello scrittore Andrew Solomon. Partendo dalla propria esperienza, Solomon traccia una storia culturale toccante e istruttiva della depressione clinica. Arrivando alla condivisibile conclusione che la depressione è una malattia come il cancro o la polmonite. Se ognuno può dire sulla depressione quello che gli passa per la testa, senza documentarsi o farsi degli scrupoli morali, mentre sull'infarto del miocardio ci si sta più attenti, è perché la psichiatria, rispetto alle altre branche della medicina, rimane a uno stadio scientificamente molto immaturo. Del resto, ha a che fare con

disfunzioni del cervello umano, che è il sistema più complesso che conosciamo. È facile sparare sul Dsm. Ma non credo sia preferibile l'anarchia completa, cioè lasciare che ogni psichiatra si inventi la sua diagnosi e la sua terapia. Cosa che un po' comunque succede. La storia della medicina mostra, peraltro, che tutte le specialità mediche sono progredite organizzando sempre meglio le osservazioni empiriche, in attesa di disporre di conoscenze biologiche più affidabili. E le neuroscienze progrediscono in modo formidabile. Anche la questione dell'efficacia dei trattamenti non è del tutto chiara. Si pubblicano studi clinici che dimostrano l'efficacia di questo o quel farmaco, ovvero di questa o quella psicoterapia. Ma anche metanalisi da cui risulta che gli stessi trattamenti non sono più efficaci del placebo. Però, come insegnano le ricerche di Fabrizio Benedetti, dire placebo non significa dire "niente". Il placebo si può considerare uno standard di autocura con precise basi fisiologiche, mediato dall'interazione con un medico. E, probabilmente, gli effetti placebo giocano nel trattamento dei disturbi dell'umore un ruolo più importante che in altri ambiti della terapia medica.

**Aldo Bonomi e Eugenio Borgna, Elogio della depressione, Einaudi, Torino, pagg. 138, € 10,00**

**Gary Greenberg, Storia del male oscuro, Bollati Boringhieri, Torino, pagg. 480, € 23,00**

consapevole degli effetti progressivamente invalidanti della malattia. «Si può allora immaginare - scrive Garzonio - quanto le sue argomentazioni fossero arricchite dalla sofferenza provata sulla propria pelle oltreché dalle ragioni della teologia, del diritto e della morale». Si incentravano in particolare sulla nozione di "accanimento terapeutico": «Per stabilire se un intervento medico è appropriato non ci si può richiamare a una regola generale quasi matematica, da cui dedurre il comportamento adeguato, ma occorre un attento discernimento che consideri le condizioni concrete, le circostanze e le intenzioni dei soggetti coinvolti. In particolare

non può essere trascurata la volontà del malato, in quanto a lui compete - anche dal punto di vista giuridico, salvo eccezioni ben definite - di valutare se le cure che gli vengono proposte, in tali casi di eccezionale gravità, sono effettivamente proporzionate». Ecco, il punto è tutto in quel «non può essere trascurata la volontà del malato». Ancor più lacerante lo direi che la volontà del malato è decisiva. Ma la cauta espressione del cardinal Martini, presa sul serio, sarebbe già sufficiente per evitare lo scempio della nostra libertà previsto dalla legge sul testamento biologico elaborato dall'attuale Parlamento.

l'recente cato a Carlo uro Garzonio a che il ica del Sole 24 lby e la morte», orde di ato di Sla cui la nerali religiosi», eva: «Con ne delle terapie uite negli ultimi a e da un finale ai tempi dera