

La diagnosi descrittiva in psichiatria: luci e ombre

*Paolo Migone**

Riassunto Vengono brevemente presentati i principali sistemi di diagnosi psichiatrica, e precisamente le ultime edizioni del *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) dell'*American Psychiatric Association*, la 10^a edizione dell'*International Classification of Diseases* (ICD-10) della *Organizzazione Mondiale della Sanità*, il *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM) prodotto dalla comunità psicoanalitica internazionale, e l'approccio "prototipico" di Drew Westen. A proposito dei DSM, vengono discussi alcuni problemi metodologici della diagnosi descrittiva, quali le dicotomie validità/attendibilità, categorie/dimensioni e politetico/monotetico. Viene anche presentato il dibattito critico sul DSM-5, pubblicato nel 2013. Infine, vengono discusse le seguenti problematiche della diagnosi: la psicopatologia "descrittiva" e "strutturale"; la diagnosi come "difesa" del terapeuta; l'aspetto scientifico e l'aspetto filosofico della diagnosi; i tentativi di "sospensione" del giudizio e dei nostri preconcetti; la dicotomia nomotetico-idiografico.

Abstract Descriptive diagnosis in psychiatry: advantages and disadvantages. The main features of the most widely used psychiatric diagnostic systems are briefly presented, namely the last editions of the *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) of Mental Disorders of the *American Psychiatric Association*, the 10th edition (1992) of the *International Classification of Diseases* (ICD-10) of the *World Health Organization* (WHO), the *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM) published in 2006 by the international psychoanalytic community, and the "prototype approach" of Drew Westen. Regarding DSM-III and DSM-IV, some methodological issues are discussed, namely validity vs. reliability, categories vs. dimensions, and monotethic vs. polytethic system. The critical debate around DSM-5, published in 2013, is presented. Finally, the following topics are discussed: "descriptive" and "structural" psychopathology; diagnosis as a possible "defense" of the therapist; scientific and philosophical aspects of diagnosis; attempts at "suspending" our judgments and preconceptions; the nomotethic/idiographic dichotomy.

Parole chiave

diagnosi psichiatrica, *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM), DSM-5, validità, attendibilità

Key words

psychiatric diagnosis, *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM), DSM-5, validity, reliability

* Condirettore della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* (www.psicoterapiaescienzeumane.it). *Recapito*: Via Palestro 14, 43123 Parma, Tel. 0521-960595, E-Mail <migone@unipr.it>.

Quello che mi propongo di fare è descrivere, ovviamente per sommi capi, i problemi sottostanti alla diagnosi descrittiva in psichiatria, cercando di evidenziarne le luci e le ombre. Per fare questo, esaminerò soprattutto gli aspetti metodologici di fondo dei principali sistemi diagnostici disponibili, e infine discuterò brevemente alcune questioni generali riguardo al problema della diagnosi. Presenterò anche lo stato attuale dei lavori per il DSM-5, cioè la quinta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual (DSM) of Mental Disorders* proposto dall'*American Psychiatric Association (APA)* che ha suscitato varie polemiche e che è uscito nella primavera del 2013. In questo lavoro riprendo e amplio miei precedenti contributi (Migone, 2010a, 2011).

1. I DSM

Il più conosciuto sistema diagnostico è il DSM, oggi alla quarta edizione (DSM-IV), e nella primavera del 2013 è uscito il DSM-V (o DSM-5, come viene adesso scritto), tanto atteso perché cercherà di risolvere alcuni difetti delle ultime due edizioni (anzi quattro, se si includono le revisioni: DSM-III del 1980, DSM-III-R del 1987, DSM-IV del 1994 e DSM-IV-TR del 2000). Mentre il DSM-I (1952) e il DSM-II (1968), essendo privi i criteri diagnostici, avevano suscitato poco interesse, dal DSM-III (1980) in poi questo sistema diagnostico ha rappresentato una grossa novità perché ha introdotto criteri diagnostici basati su una concezione della psicopatologia di tipo strettamente descrittivo e "ateorico": in altre parole, la sfida che le ultime edizioni hanno cercato di cogliere è stata quella di provare a vedere se era possibile unificare la professione con diagnosi che trovassero l'accordo di tutte le scuole e i paesi del mondo basandosi solo sull'aspetto esteriore dei sintomi, senza ipotesi teoriche sottostanti le quali erano responsabili delle divisioni tra scuole. Secondo però la maggior parte dei commentatori, il DSM-III e il DSM-IV non hanno vinto questa sfida, quindi hanno fallito il loro compito, nel senso che non sono riusciti a formulare quasi nessuna diagnosi valida, ma solo a innalzare l'attendibilità (*reliability*).

Ritengo sia utile a questo punto però spendere alcune parole sulle dicotomie validità/attendibilità, categorie/dimensioni e politetico/monotetico, perché permettono di capire come sono costruiti questi manuali (per un maggiore approfondimento su queste dicotomie e su altri aspetti dei DSM, rimando a Migone, 1983a, 1983b, 1985, 1987, 1992-99, 1995 cap. 12, 1996a, 1996b, 1999, 2010a, 2011, 2013a, 2013b; de Girolamo & Migone, 1995).

1.1. Validità e attendibilità

Il concetto di "validità" (*validity*) è molto diverso da quello di "attendibilità" (*reliability*). Esistono molti tipi di validità, a seconda dell'aspetto a cui si riferisce (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 evidenze che supportano

un modello teorico utile a spiegare l'eziologia e la patofisiologia di un disturbo. L'attendibilità (o affidabilità) invece si riferisce meramente al grado con cui operatori diversi concordano sulle diagnosi fatte sugli stessi pazienti indipendentemente (cioè alla cieca) l'uno dall'altro (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. Per fare un esempio, come osservò Feinstein (1985), due osservatori che nel descrivere la pioggia si riferiscano ad essa giudicandola neve, pur essendo tra loro in accordo (manifestando quindi una elevata "inter-attendibilità"), cionondimeno non possono essere considerati dei credibili metereologi. L'attendibilità può essere misurata con un "coefficiente di accordo" (il cosiddetto "indice K", che esprime il rapporto tra la concordanza osservata e quella casuale tra osservatori diversi): ad esempio nelle "prove sul campo" (*field trials*) per il DSM-III (American Psychiatric Association, 1980, pp. 467- 472) è emerso che, mentre questo coefficiente nella schizofrenia era pari a 0.81, esso era invece abbastanza basso nei disturbi di personalità (cioè nell'Asse II), in cui variava da 0.26 a 0.87 a seconda dei singoli disturbi, con una media dello 0.64 (il che significa che in media solo il 64% dei clinici si sono trovati d'accordo sulle diagnosi date, all'insaputa l'uno dell'altro, agli stessi pazienti). Il DSM-III e il DSM-IV quindi hanno alzato l'attendibilità delle diagnosi, se si pensa che precedentemente era bassissima: per fare un solo esempio, gli stessi pazienti venivano diagnosticati schizofrenici in misura molto maggiore negli Stati Uniti che in Europa. La validità però, come si è detto, è rimasta molto bassa, e il motivo dipende soprattutto dal fatto che questi manuali diagnostici hanno fatto la scelta di ignorare l'eziopatogenesi delle malattie e di basarsi solo sull'aspetto descrittivo dei sintomi.

1.2. *Categorie e dimensioni*

Per quanto riguarda la dicotomia categorie/dimensioni, il DSM-III e il DSM-IV hanno sposato un modello "categoriale" e non "dimensionale" (il DSM-5 invece si spinge molto di più verso un approccio dimensionale). Secondo il modello categoriale, lo stato di malattia sarebbe qualitativamente diverso e separato dallo stato di non malattia, e ogni disturbo (ogni "categoria" diagnostica) sarebbe nettamente separato e diverso dall'altro, con "terre di nessuno" tra una diagnosi e l'altra. Secondo l'approccio dimensionale invece i disturbi mentali vengono considerati come variazioni quantitative lungo *continuum* relativi ad esempio a tratti della personalità, alla cognizione, all'umore, ecc. Già la tradizione ippocratica concepiva un *continuum* tra la salute e la malattia lungo determinate dimensioni, e fu la rivale scuola platonica a postulare che le malattie potessero essere catalogate in tipi ideali e distinti l'uno dall'altro.

Si può dire che il modello dimensionale sia più corretto e vicino alla realtà (la natura è quasi sempre "dimensionale"), mentre il modello categoriale è astratto, concependo le malattie come "prototipi" difficilmente osservabili

nella realtà clinica (dei quali però si può misurare la distanza dal caso in esame). Quello che è certo è che il modello categoriale è più pratico (si pensi solo alle esigenze statistiche, oltre che alla comodità per il clinico che può più facilmente “etichettare” un paziente con una certa diagnosi e scriverla sulla cartella), mentre quello dimensionale è molto complesso e più adatto per la ricerca (per un panorama sui modelli dimensionali della personalità, alcuni dei quali sono appunto molto complessi, vedi Migone, 2008c). Inoltre si può argomentare che non tutta la realtà clinica è dimensionale: se è vero che un paziente può essere più o meno depresso o più o meno ansioso, non si può certo dire che una donna sia “più o meno incinta”, ma o è incinta o non è incinta, quindi in questo caso si deve adottare una logica categoriale. E nell'approccio categoriale come si è risolto il problema della collocazione dei tanti pazienti che rimangono nelle “terre di nessuno” tra una categoria e l'altra, cioè che non soddisfano pienamente i criteri di nessuna diagnosi? In modo molto semplice, essi vengono collocati nelle categorie “ibride”, “atipiche”, “miste” o “residue” – le ben note NOS (*not otherwise specified*), in italiano NAS (“non altrimenti specificate”), dei DSM-III e DSM-IV – che sono un po' un “cestino dei rifiuti” di tutte le altre diagnosi. I clinici quindi sono accontentati, perché molti pazienti non rischiano di rimanere “orfani” ma hanno le loro etichette.

1.3. Sistema politetico e sistema monotetico

La dicotomia politetico/monotetico si riferisce ai criteri diagnostici, i quali, assieme al sistema multiassiale, sono stati la vera novità del DSM-III (riguardo al termine “monotetico”, onde evitare fraintendimenti va precisato che non va confuso con “nomotetico”, termine più noto e che appartiene invece alla dicotomia nomotetico/idiografico a cui accennerò dopo e che, come vedremo, è probabilmente la più importante a livello concettuale e filosofico). Per ogni disturbo mentale viene specificato un numero minimo di criteri diagnostici la cui presenza è necessaria per la diagnosi (ad esempio 5 criteri su 9), e vengono inoltre precisati criteri sia di inclusione che di esclusione. Dal DSM-III in poi è stato adottato un sistema di tipo non “monotetico” ma “politetico”, in cui i pazienti con una determinata diagnosi hanno in comune vari criteri diagnostici tutti di ugual valore ponderale, cioè senza che uno di essi debba per forza essere presente o sia più importante di altri. Al contrario, nel sistema monotetico, tipico della medicina dove vi è un maggiore accordo sull'eziopatogenesi, uno o più criteri diagnostici devono essere obbligatoriamente presenti per poter fare diagnosi; la polmonite tubercolare, ad esempio, non può essere diagnosticata solo con la febbre, la tosse, il riscontro radiografico, ecc. – che sono criteri diagnostici che posso appartenere anche ad altre malattie – ma necessariamente dal reperto del bacillo di Koch nell'espettorato, senza il quale non è possibile fare diagnosi (e questo ha ripercussioni sulla terapia, perché si può dare l'antibiotico che salva il paziente, mentre se ad esempio la polmonite è virale l'antibiotico è inutile e il paziente può anche morire). In un sistema diagnostico di tipo politetico quindi tutti i sintomi sono uguali, vi è una sorta di “democrazia” dei criteri diagnostici, e ciò discende

necessariamente dall'approccio "ateorico" del manuale. Infatti ritenere un criterio più importante di altri potrebbe implicare una teoria sottostante o un legame di causalità, mentre è stata fatta una scelta per così dire di umiltà, di rispetto verso tutte le possibili teorie, di esplicita ignoranza verso la causa delle malattie mentali e di adesione solo al criterio descrittivo.

Il sistema politetico però presenta grossi limiti, perché può addirittura vanificare il senso dell'inclusione di due pazienti nella medesima categoria: ad esempio, come hanno osservato Frances *et al.* (1990), secondo il DSM-III vi erano ben 93 modi differenti di soddisfare i criteri diagnostici per il disturbo borderline di personalità, mentre due pazienti potevano entrambi soddisfare i criteri per il disturbo schizotipico di personalità senza avere in comune nemmeno uno dei criteri politetici richiesti per questa diagnosi. Infatti per la diagnosi di disturbo schizotipico erano necessari solo 4 criteri su 8, per cui un paziente poteva soddisfare i primi 4 criteri e un altro gli ultimi 4, ed essere entrambi diagnosticati schizotipici pur essendo *completamente diversi* – il DSM-III-R e il DSM-IV hanno eliminato questo inconveniente richiedendo la presenza di almeno 5 criteri su 9 (cioè innalzando la soglia), per cui almeno un criterio deve essere in comune, e questo esempio rende bene l'idea della filosofia del manuale.

1.4. Il dibattito critico sul DSM-5

Vi è molta attesa sul modo con cui il DSM-5 riuscirà a migliorare le sorti delle precedenti edizioni. 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 (con Darrel A. Regier come vicecapo), costituita da 13 gruppi di lavoro. Il 10 febbraio 2010 l'APA ha ufficialmente pubblicato su Internet – al sito <http://www.dsm5.org> – una bozza provvisoria del DSM-5, elencando i criteri diagnostici, il loro rationale, i dati di ricerca che li sorreggono, il paragone col DSM-IV, ecc., affinché i ricercatori potessero inviare commenti o suggerire modifiche (questo era possibile entro il 20 aprile 2010, dopo di che il sito è rimasto solo visibile, senza poter più inviare commenti). Una seconda bozza del DSM-5 è uscita ai primi di maggio 2011, con la possibilità di inviare commenti fino al 15 giugno 2011. Il DSM-5 esce nella primavera del 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 si può segnalare l'eliminazione di cinque disturbi di personalità (Paranoide, Schizoide, Narcisistico, Istrionico e Dipendente, che erano stati sostituiti da specificazioni di tratti di personalità; il Disturbo Narcisistico fu in seguito reintrodotta perché la sua eliminazione aveva suscitato troppe polemiche), l'accorpamento della Sindrome di Asperger (che è una forma lieve di autismo) all'interno dei "Disturbi dello spettro autistico", l'introduzione di una "Sindrome da rischio psicotico", l'eliminazione del sistema multiassiale, l'abbassamento della soglia di molti disturbi, ecc.

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 vanno segnalate le dure reazioni di Robert Spitzer e di Allen

Frances, molto autorevoli perché sono stati i capi delle *Task Force* dei due precedenti DSM, rispettivamente il DSM-III e il DSM-IV (due loro interventi critici sono stati pubblicati in italiano sul n. 2/2011 di *Psicoterapia e Scienze Umane*, in una sezione intitolata “Guerre psicologiche: critiche alla preparazione del DSM-5” [Spitzer & Frances, 2011]). Si vedano ad esempio alcuni contributi di Allen Frances (2010a, 2010b, 2010c, 2010d, 2010-13, 2013a, 2013b, ecc.), e il dibattito tra Allen Frances e Alan Schatzberg (presidente dell'APA nel 2010) alla televisione americana PBS il 10 febbraio 2010, visibile su Internet (Frances & Schatzberg, 2010), e inoltre la presa di posizione congiunta di alcuni dei più prestigiosi ricercatori, teorici e psicoterapeuti nordamericani, di diverso orientamento (Shedler, Beck, Fonagy, Gabbard, Gunderson, Kernberg, Michels e Westen), di critica alle proposte revisione dei disturbi di personalità nella bozza del DSM-5, pubblicata sull'*American Journal of Psychiatry* (Shedler *et al.*, 2010); voci di protesta da parte di esponenti di scuole diverse sono sorte anche dall'Italia (Lingiardi *et al.*, 2011). Vi è stata una tale pioggia di lamentele che l'APA si è vista costretta a nominare una commissione di vigilanza con l'incarico di valutare la qualità delle prove in favore delle proposte del DSM-5 (Spitzer & Frances, 2010).

La letteratura critica sul DSM-5 è ormai sterminata, impossibile da citare interamente. Sintetizzo alcune delle critiche. Già Frances aveva amaramente notato come il DSM-IV, di cui aveva guidato la *task force*, aveva fatto salire alle stelle i dati epidemiologici di diverse malattie, ad esempio quelle di autismo, di disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD), ecc., 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 una pericolosa impennata di prescrizioni farmacologiche per i bambini, anche di appena 3 anni (a volte vengono prescritti farmaci antipsicotici, ritenuti indicati in certe forme bipolari). Nella bozza del DSM-5 troviamo nuove malattie quali “Disturbo da accumulo”, “Dermatillomania” e, come nuove etichette per i bambini, “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 l'uso di farmaci antipsicotici. Gli antipsicotici di ultima generazione, tra l'altro, non solo sono molto costosi, ma inducono obesità e non prevengono veramente l'insorgenza della psicosi, senza contare che i test per predire lo sviluppo futuro di una psicosi non sarebbero attendibili (secondo alcuni autori solo una piccola percentuale di giovani diagnosticati come “futuri schizofrenici” svilupperà la malattia). Gli studi sul cosiddetto “rischio psicotico” sono stati condotti prevalentemente da un solo gruppo di ricercatori, quello guidato dall'australiano Patrick McGorry, contestato da molti; mi è capitato di vedere la intervista a un giovane “candidato schizofrenico” secondo i test di McGorry e devo dire che sono rimasto colpito dal fatto che questo ragazzo mi sembrava affetto da disturbi lievissimi (aveva solo qualche spunto di riferimento sensitivo o poco più),

mai avrei detto che potrebbe diventare schizofrenico. Per la verità, la cosa che mi ha colpito ancor di più è il modo con cui era condotta l'intervista: consisteva in una serie di domande a raffica sui possibili sintomi che aveva questo ragazzo, senza lasciarlo parlare assolutamente, praticamente impedendogli di esprimersi, di dire la sua, sembrava quasi un interrogatorio della polizia. Rimasi sconcertato e pensai che questa intervista andrebbe mostrata agli studenti per imparare come *non* va fatto un colloquio psichiatrico (ma questo è un altro discorso, riguarda più in generale il modo con cui oggi viene sempre più spesso praticata una "cattiva psichiatria" [Migone, 2009]).

Il DSM-5 produrrebbe insomma una esplosione di nuove diagnosi e a una medicalizzazione in massa della normalità che sarebbe una miniera d'oro per l'industria farmaceutica (vedi Whitaker, 2010). Questa tendenza è ben documentata in un importante saggio della prof.ssa Angell (2011) – che insegna ad Harvard e che è una voce autorevole perché tra le altre cose ha diretto quella che viene considerata la più importante rivista medica del mondo (il *New England Journal of Medicine*) – intitolato "L'epidemia di malattie mentali e le illusioni della psichiatria" (l'ho fatto tradurre in italiano nel n. 2/2012 di *Psicoterapia e Scienze Umane*), in cui traccia un quadro impietoso dello stato attuale della psichiatria e dei pesanti condizionamenti delle case farmaceutiche. È molto istruttivo anche nel bel libro di Horwitz & Wakefield (2007) *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorders* ("La perdita della tristezza. Come la psichiatria ha trasformato il normale dolore in un disturbo depressivo"), che mostra l'impoverimento dei significati della vita a causa della "psichiatrizzazione" dei nostri sentimenti quotidiani di tristezza, i quali invece sono a volte adattivi, sono dei segnali importanti che non vanno eliminati o curati con farmaci. E non va dimenticato che l'efficacia dei farmaci antidepressivi è limitata, infatti in molti studi si è rivelata non tanto diversa dal placebo (vedi Migone, 2005, 2010b; Angell, 2011), e una diffusione del loro uso rende l'impoverimento dei significati della nostra vita inversamente proporzionale all'arricchimento delle case farmaceutiche. Di Wakefield (2010) va segnalato anche l'importante articolo "Patologizzare la normalità: l'incapacità della psichiatria di individuare i falsi positivi nelle diagnosi dei disturbi mentali", che mostra come il DSM-IV non sia assolutamente riuscito a eliminare le diagnosi false positive. Nonostante lo sbandierato rigore scientifico, insomma, gli psichiatri non saprebbero distinguere in maniera rigorosa una malattia dalla sofferenza quotidiana. Un aumento di diagnosi farebbe crescere anche lo stigma della malattia mentale, che l'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS) da anni si sforza di combattere con campagne di sensibilizzazione.

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, come abbiamo visto, l'approccio dimensionale viene considerato più corrispondente alla realtà clinica. Però, nel caso del DSM-5, l'approccio

dimensionale è servito, per così dire, un pò come “cavallo di Troia” col quale si è introdotto 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”.

Bob Spitzer, capo della *task force* DSM-III, conosceva questi problemi e, come si è detto, si unì a Frances in una campagna di sensibilizzazione contro la bozza del DSM-5. In questa campagna sono state già raccolte circa 15.000 firme, e Frances ha fatto conferenze in vari Paesi (io stesso gli ho organizzato in ciclo di conferenze in varie città italiane, una per gli abbonati di *Psicoterapia e Scienze Umane*, vedi http://www.psicoterapiaescienzeumane.it/Frances_22-10-11.htm). Spitzer (che tra l'altro è autore della prefazione del libro di Horwitz & Wakefield [2007] sulla “perdita della tristezza”, cui si è accennato prima) ha pubblicamente condannato l'APA per avere obbligato i membri della *Task Force* del DSM-5 a firmare una promessa scritta di mantenere la riservatezza su quello che stavano facendo (Spitzer, 2011). Va ricordato anche che è stato dimostrato che più della metà degli autori del DSM-IV aveva legami finanziari con l'industria farmaceutica (Cosgrove *et al.*, 2006). Frances (2010c) fa anche notare che il progetto dei *field trials* (le “prove sul campo” per testare la bozza del DSM-5) non solo è enormemente costoso (potrebbe arrivare ai 2-3 milioni di dollari) perché prevede 3.000 soggetti, 3 valutazioni per soggetto, 10 differenti centri, la videoregistrazione del 20% delle interviste, ecc., ma non essendo stati risolti gli importanti problemi a monte (la bassa validità, i falsi positivi, ecc.), e non potendo fare correlazioni col DSM-IV data la diversità della struttura dei manuali, potrà non produrre importanti risultati e non si riuscirà a studiare bene i dati di prevalenza. Inoltre non è stata data alcuna priorità alla armonizzazione del DSM-5 con l'undicesima edizione dell'*International Classification of Diseases* (ICD-11) dell'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (previsto per il 2015). Anche il testo del manuale lascia molto a desiderare (non è chiaro, ha un pessimo *editing*, ecc.), ed è importante il modo con cui verrà scritto il DSM-5, che sarà utilizzato come punto di riferimento da molti; nell'esperienza fatta da Frances col DSM-IV, la stesura del testo si rivelò uno dei compiti più lunghi e difficili, motivo in più per cui era necessario lavorare meglio anche su questo aspetto.

La psichiatria americana insomma sta attraversando un momento difficile riguardo alla diagnosi (vedi Decker, 2010, per una riflessione da un punto di vista storico) ma questo non deve stupire poiché, a ben vedere, è praticamente impossibile costruire un sistema diagnostico *attendibile* e nel contempo *valido* se basato solo su criteri descrittivi, e del resto non è neppure possibile un sistema diagnostico *attendibile e valido* basato su una teoria condivisa delle malattie mentali perché la disciplina è ancora frammentata in scuole diverse, senza ancora una teoria unitaria del funzionamento della mente, della teoria dello sviluppo, della teoria della terapia, del problema del rapporto mente-corpo, ecc.

Dal canto loro, alcuni ricercatori del *National Institute of Mental Health* (NIMH) degli Stati Uniti (Miller, 2010), quasi in competizione col DSM-5, stanno lavorando per rispondere alla crisi dei DSM cavalcando l'estremo

opposto dell'approccio descrittivo: allo scopo di raggiungere una validità di costruito, tentano di identificare nuovi modi di classificare i disturbi mentali basati su precisi circuiti neurali chiamati *Research Domain Criteria* (RDoC). Sono già stati identificati cinque di questi "dominii" di funzionamento mentale – che ricordano per certi versi i cinque fattori di personalità dei *Big Five* (*Five Factor Model* [FFM]) di Costa & McCrae (1988) (vedi Migone, 2008c, pp. 47-48) – che corrispondono ad altrettante regioni cerebrali o vie neurochimiche (emotività negativa, emotività positiva, processi cognitivi, processi sociali, sistemi di regolazione/*arousal*), ciascuna delle quali si suddivide in altri sotto-dominii a seconda di particolari circuiti neurali. Ad esempio, l'emotività negativa si suddivide in tre sottotipi: paura (derivante da una disfunzione dell'amigdala e delle aree connesse), stress e ansia (legata a una disfunzione dell'asse ipotalamico-pituitario-surrenale [HPA] e agli ormoni dello stress), e aggressività (legata all'amigdala e all'ippocampo, come pure a ormoni come il testosterone e la vasopressina). L'ambizione di questo progetto dell'NIMH è ovviamente quello di correlare la ricerca sugli RDoC alla pratica clinica.

Accenno brevemente ora al disturbo borderline, un disturbo di cui si parla tanto, da decenni ormai, e che ad alcuni sembra quasi che possa caratterizzarsi come secondo grande paradigma della psicoterapia, dopo quello dell'isteria che ha caratterizzato la prima fase della storia della psicoanalisi. In realtà lo statuto teorico e clinico del disturbo borderline è quanto mai incerto, e questo è vero sia nella psicoterapia che nella psichiatria (include ad esempio almeno tre diversi *cluster* psicopatologici che fanno riferimento, rispettivamente, alla impulsività, all'umore e alla identità). Per fare un esempio, il recente PDM, cioè il *Manuale Diagnostico Psicodinamico*, proposto dal movimento psicoanalitico nel 2006 (PDM Task Force, 2006; per una presentazione, vedi Migone, 2006) ha deciso di togliere questa categoria diagnostica, rendendo il termine "borderline" solo un indicatore di gravità di tutti i disturbi di personalità (seguendo quindi, in sostanza, l'approccio di Kernberg). Il DSM-5 mantiene la diagnosi di disturbo borderline, ma non è stata una scelta indolore, come mi ha confermato Andrew Skodol, che è capo del gruppo di lavoro sui disturbi di personalità all'interno della *task force* del DSM-5 e che conosco da tempo (nei primi anni 1980, quando lavoravo negli Stati Uniti, mi aiutò a completare una revisione della letteratura sul DSM-III, che fu la prima a uscire a livello internazionale [Migone, 1983b]): Skodol mi ha detto che questa diagnosi avrebbe dovuto essere tolta dal DSM-5, ma lui non ha osato toglierla perché avrebbe rischiato che qualcuno, letteralmente, lo "uccidesse per strada" (troppi infatti sono ormai gli interessi su questa diagnosi, vi sono istituti, fondazioni, tecniche terapeutiche manualizzate, finanziamenti, ricercatori che hanno impostato la loro carriera su questo disturbo). Ne ha fatto le spese il disturbo istrionico, peraltro molto simile al disturbo borderline ed eliminato dalla prima bozza del DSM-5 (entrambi presentano tentativi di suicidio, instabilità emotiva, ecc.).

Ma le cose non sono finite qui, perché, come mi ha detto recentemente Allen Frances, si è combattuta fino all'ultimo una dura battaglia per decidere la sorte dell'Asse II (anzi, dei disturbi di personalità, infatti, come

si è detto, il sistema multiassiale purtroppo scompare dal DSM-5, e questo è un altro errore perché era importante in quanto permetteva di vedere il paziente simultaneamente da più punti di vista, includendo i fattori stressanti e il funzionamento psicosociale). Ebbene, questa battaglia si è conclusa con una grossa sorpresa: la Commissione di vigilanza dell'APA è intervenuta e ha deciso che il sistema dimensionale nella classificazione dei disturbi di personalità andava abbandonato (perché troppo complesso e difficile da usare per il clinico) e che bisognava tornare alle vecchie dieci categorie del DSM-IV. Tutti i disturbi di personalità che erano stati eliminati sono stati reintrodotti, lasciando le diagnosi dimensionali basate sui tratti in una sezione separata "per ulteriore studio". Questa notizia, che mi giunge proprio oggi mentre scrivo, mi sembra un'ulteriore prova della cattiva conduzione della *task force* del DSM-5, che ha buttato via molte energie, tempo e denaro senza prevedere che stava facendo scelte sbagliate che poi avrebbe dovuto ritirare. Vengo anche a sapere che il 1 dicembre 2012, il "comitato dei garanti" (*board of trustees*) dell'APA ha ufficialmente approvato il DSM-5 e ne ha deciso la pubblicazione per la primavera del 2013.

Quindi, nonostante tutte queste criticità, e nonostante appaia ovvio che il DSM-5 non era ancora del tutto pronto, esso viene comunque pubblicato nella primavera del 2013. Ma dietro alle pompose parole dell'annuncio di Dilip Jeste, attuale presidente dell'APA, è celata una realtà più amara. Come il presidente dell'APA ha confessato ad Allen Frances (comunicazione personale, 2012), il manuale non era ancora pronto e la sua pubblicazione in teoria avrebbe dovuto essere ancora posticipata, ma l'APA non poteva permetterselo: vi sono state troppe spese (per il DSM-5 sono già stati spesi 25 milioni di dollari, mentre Frances aveva speso "solo" 5 milioni di dollari per il DSM-IV), molti psichiatri americani per protesta si sono dimessi dall'associazione per cui sono anche venuti a mancare gli introiti delle loro iscrizioni, si è creato un grosso deficit di bilancio e l'unico modo per evitare la bancarotta era pubblicare il manuale subito e rifarsi con gli enormi introiti che produrrà. Come è successo per le precedenti edizioni, i guadagni ricavati dalla vendita del manuale, che verrà tradotto in tutte le lingue del mondo, saranno immensi (non a caso, da alcune settimane la bozza del DSM-5 è stata tolta dal sito dell'APA perché, allo scopo di aumentare le vendite, vogliono che la pubblicazione del manuale sia una sorpresa).

Per terminare, elenco quelle che secondo Allen Frances (2012b) sono 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 diagnosticate 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 *Binge Eating Disorder*, 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, per il modo con cui sono stati specificati, abbasseranno i tassi di questo disturbo nella popolazione (del 10% secondo la *task force* del DSM-5, o del 50% secondo altre fonti). 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 (Frances, 2012a).
- 7) Le persone che abusano per la prima volta di droghe verranno messi nella stessa categoria diagnostica dei tossicodipendenti di lunga data, che hanno diverse necessità, prognosi e uno stigma correlato.
- 8) L’introduzione del concetto di “dipendenze comportamentali” potrà subdolamente favorire una cultura secondo la quale tutto quello che ci piace molto diventa un disturbo mentale; occorre stare in guardia dall’uso sconsigliato di diagnosi quali dipendenza da Internet o dal sesso, nonché dai costosi programmi di trattamento che verranno proposti per speculare su questi nuovi 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, come è noto, creano dipendenza e assuefazione, e le case farmaceutiche si lecceranno i baffi perché molti di questi pazienti li assumeranno per tutta la vita.
- 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) Vi sarebbe una undicesima proposta del DSM-5 che a parere di Frances (2012c) è totalmente ingiustificata e che etichetterà molte persone come malate mentali: i Disturbi somatoformi 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 (si pensi a chi è affetto da cancro o altra malattia terminale) 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.

Il DSM-5, conclude Frances (2012b), per i suoi aspetti iatrogeni indurrà molti medici a violare l'importante giuramento ippocratico cui sono tenuti a ubbidire: *primum non nocere* ("per prima cosa, non far male").

2. L'ICD-10

Un altro importante sistema diagnostico è l'ICD-10, cioè la 10^a edizione dell'*International Classification of Diseases* (ICD) proposta nel 1992 dall'OMS (World Health Organization, 1992; le precedenti nove edizioni erano uscite ogni 10 anni circa, rispettivamente nel 1900, 1909, 1920, 1929, 1938, 1946, 1955, 1966 e 1975). L'ICD-10 è il sistema diagnostico a cui ci si deve adeguare ufficialmente nelle statistiche regionali del sistema sanitario nazionale perché è frutto di un accordo internazionale, mentre il DSM-IV è più utilizzato nella ricerca scientifica a causa del ruolo di prestigio che gli Stati Uniti hanno in questo campo, e vi è una certa competizione tra i DSM e gli ICD. Si sta lavorando alla prossima edizione, l'ICD-11, prevista per il 2015 (una bozza, definita *beta draft*, è prevista per maggio 2011), che presenterà tre versioni: una versione succinta per l'uso nella medicina generale (*primary care*), una versione dettagliata per setting specialistici, e una versione avanzata per la ricerca. Per un maggiore approfondimento sull'ICD-10 e le sue differenze dal DSM-IV, e rimando a un altro lavoro (Migone, 1996b).

3. Il *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM)

Un altro sistema diagnostico di cui recentemente si è tanto parlato è il *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM Task Force, 2006), prodotto dalla comunità psicoanalitica internazionale nel 2006 e costruito allo scopo di stimolare il dibattito sul DSM-5 o affiancarsi a esso, introducendo alcuni aspetti non solamente descrittivi. Il PDM ha modificato poco le categorie diagnostiche del DSM-IV (va segnalato però che ha eliminato la diagnosi di borderline, rendendola un livello di gravità di tutti i disturbi di personalità e quindi sposando la concezione di Kernberg e altri [per l'approccio di Kernberg, vedi Migone, 1983a, 1990, 1991, 1995 cap. 8]), ma ha modificato la struttura degli Assi: come primo Asse viene messa la Personalità (P), come secondo Asse un "profilo del funzionamento Mentale" (M), e come terzo Asse i "Sintomi" con la loro esperienza soggettiva (S). Di particolare interesse è l'Asse M, che contiene 9 "categorie di funzionamenti mentali di base" che vanno valutate: capacità di regolazione, attenzione e apprendimento; capacità di rapporti interpersonali e intimità (includendo profondità, gamma e stabilità); qualità dell'esperienza interiore (livello di sicurezza e autostima); esperienza, espressione e

comunicazione delle emozioni; capacità e stili difensivi; capacità di costruire rappresentazioni interne; capacità di differenziazione e integrazione; capacità di auto-osservazione (sostanziazione psicologica); capacità di costruire o utilizzare standard e ideali interiori (senso morale).

La parte del PDM dedicata alla psichiatria infantile è molto dettagliata – anche per l’influenza di Stanley Greenspan, noto studioso di psicologia dello sviluppo, che era il capo della *Task Force* del PDM – e comprende due sezioni: “infanzia e adolescenza” ed “età neonatale e prima infanzia”. Per i “disturbi mentali dell’infanzia e dell’adolescenza” vengono usati gli stessi tre assi degli adulti ma con un diverso ordine: prima viene l’asse M (funzionamento Mentale) che qui si chiama MCA (*Mental functioning for Children and Adolescents*), poi vengono gli assi P (Personalità) e S (Sintomi), che si chiamano PCA e SCA (CA sta sempre per *Children and Adolescents*). I “disturbi mentali dell’età neonatale e della prima infanzia” presentano tre categorie generali di disturbi: interattivi; della elaborazione della regolazione-sensazione; dello sviluppo neurologico della relazione e della comunicazione. Queste tre categorie generali costituiscono l’asse I (che è considerato la “diagnosi primaria”) di un sistema multiassiale di cinque assi. Gli altri quattro assi, che influenzano l’asse I, sono i seguenti: asse II, capacità funzionali, emotive e dello sviluppo; asse III, capacità di elaborazione della regolazione-sensazione; asse IV, pattern bambino-caregiver e della famiglia; asse V, altre diagnosi mediche e neurologiche.

Un pregio del PDM è anche quello di presentare vari contributi metodologici e di ricerca che servono da retroterra teorico per il sistema diagnostico (questi capitoli da soli rappresentano più della metà del manuale). Per una discussione più dettagliata del PDM rimando a un altro lavoro (Migone, 2006).

4. La diagnosi “prototipica” di Westen

Recentemente Westen, Shedler, Bradley & DeFife (2012) hanno proposto una nuova classificazione dei disturbi di personalità diversa dall’Asse II del DSM-IV. Westen e Shedler sono gli autori della SWAP (*Shedler-Westen Assessment Procedure*), un metodo di studio della personalità basato sul *Q-sort*, che viene sempre più usato e che sta rivelandosi molto utile anche perché, mettendo in luce sia gli aspetti sani della personalità sia quelli patologici (vedi Shedler, 2010, p. 25), permette una indagine psicologica più approfondita. Tra le altre cose, la SWAP ha permesso un miglioramento della metodologia di ricerca sul processo e sul risultato della psicoterapia, dimostrando che le terapie psicodinamiche sono più efficaci di quanto si ritenesse in passato (si rimanda ancora all’articolo di Shedler, 2010, prima citato, pubblicato sul n. 1/2010 di *Psicoterapia e Scienze Umane*).

Questo studio empirico rappresenta la continuazione di uno studio precedente di Westen & Shedler (1999a, 1999b) in cui la SWAP era stata utilizzata su un campione di 496 pazienti che avevano ricevuto una diagnosi di Asse II, e da cui è stato possibile individuare 11 disturbi di personalità diversi da quelli del DSM-IV (definiti *Q factors* perché era stata utilizzata una tecnica chiamata *Q-analysis*). Essi erano i seguenti (il primo,

quello Disforico, è stato diviso nei suoi 5 sottofattori poiché da solo comprendeva il 20% del campione): Disforico Evitante, Disforico Depressivo-nevrotico ad alto funzionamento, Disforico Emotivamente disregolato, Disforico Dipendente-masochistico, Disforico Ostile (con esteriorizzazione dell'ostilità), Antisociale-psicopatico, Schizoide, Paranoide, Ossessivo, Istrionico, Narcisistico. Questi 11 disturbi avevano una certa somiglianza con quelli dell'Asse II del DSM-IV, anche se mancava la personalità schizotipica (probabilmente perché gli schizotipici del DSM-IV sono in realtà schizoidi con un disturbo del pensiero, quindi rientrabili nell'Asse I, scelta questa, come è noto, già fatta dall'ICD-10 del 1992 che aveva incluso la personalità schizotipica nella schizofrenia), e mancava anche la personalità borderline, dato che i borderline del DSM-IV rientravano nel fattore Istrionico e nei due sottofattori disforici Emotivamente disregolato e Dipendente-masochistico. In altre parole, come argomentarono Westen e Shedler in quell'articolo del 1999, si potrebbe dire che i borderline del DSM-IV siano individui che fanno fatica a regolare le emozioni, e si possono dividere in tre gruppi: quelli che vivono la disregolazione delle emozioni in modo egodistonico (gli emotivamente disregolati), quelli che la vivono in modo egosintonico (gli istrionici), e quelli che cercano di regolare le loro emozioni facendosi abusare dagli altri (i dipendenti-masochistici). Un limite di questa classificazione in *Q factors* è che era derivata da pazienti scelti a caso ma comunque già diagnosticati in Asse II, quindi col pericolo che questa opzione rappresentasse un circolo vizioso dato che per poter individuare una nuova tassonomia di disturbi di personalità, diversa da quella dell'Asse II del DSM-IV, si era partiti da pazienti *già diagnosticati nell'Asse II del DSM-IV stesso*. Per questo motivo, nel decennio seguente Westen e collaboratori hanno lavorato a questo secondo studio in cui il campione – che è anche molto più ampio – è stato scelto in modo casuale dalla pratica clinica reale, allo scopo di non escludere potenziali pazienti che non soddisfacevano i criteri diagnostici del DSM-IV. Va segnalato inoltre che il gruppo di Westen sta compiendo studi anche sui disturbi dell'umore e d'ansia (DeFife *et al.*, 2012).

La metodologia dello studio di Westen *et al.* (2012) è stata la seguente. Sono stati contattati 1.201 psichiatri e psicologi con almeno cinque anni di esperienza clinica dopo la specializzazione, scelti a caso tra i membri delle rispettive associazioni professionali; a questi colleghi (remunerati con \$200.00 ciascuno) è stato chiesto di descrivere un paziente di almeno 18 anni di età e non psicotico, che in quel momento stavano trattando o esaminando, con cui avessero avuto almeno sei sedute e che avesse tratti di personalità problematici e non necessariamente diagnosticabili con i criteri del DSM-IV (per meglio garantire la randomizzazione è stata data l'indicazione di scegliere l'ultimo paziente visto nella loro pratica professionale, che rispondeva a questi criteri di inclusione). Le SWAP su questi 1.201 pazienti, studiate con l'analisi fattoriale, hanno fatto emergere dieci coerenti e distinti disturbi di personalità organizzati in quattro *cluster*: "internalizzanti", "esternalizzanti", "borderline-disregolati" e un *cluster* definito "stili nevrotici". Più precisamente, lo spettro "internalizzante" comprende 4 disturbi: depressivo, ansioso-evitante, dipendente-vittimizzato

e schizoide-schizotipico. Lo spettro “esternalizzante” comprende 3 disturbi: antisociale-psicopatico, narcisistico e paranoide. Lo spettro “borderline-disregolato” comprende un solo disturbo, definito appunto *borderline-disregolato*. Il quarto *cluster*, costituito dagli “stili nevrotici”, include 2 disturbi: ossessivo e isterico-istrionico. È stato poi identificato un undicesimo prototipo diagnostico, quello della personalità “sana”, o relativamente sana, che può avere tratti di tutti i disturbi di personalità ma in modo lieve o adattivo.

Una delle più importanti differenze tra l’Asse II del DSM-IV e questa nuova tassonomia dei disturbi di personalità è rappresentata dal fatto che in quest’ultima si abbassa notevolmente il tasso di comorbidità; ciò probabilmente è dovuto al fatto che l’approccio è appunto “prototipico”, cioè le diagnosi si configurano come *gestalt* non scomponibili, come configurazioni globali o *pattern* che non possono essere “smontabili”¹ aggiungendo o togliendo uno o più criteri diagnostici come invece avveniva nei DSM-III e DSM-IV. Inoltre questa nuova tassonomia è derivata empiricamente da un campione di pazienti reali, di notevoli dimensioni e scelto in modo randomizzato, e lo strumento usato, la SWAP, è abbastanza sofisticato, permettendo osservazioni più accurate. Shedler e Westen sottolineano anche, ambiziosamente, che la SWAP permette di diminuire il *gap* tra la diagnosi descrittiva e la tradizionale formulazione del caso clinico: componendo in forma narrativa il testo degli *item* che hanno ricevuto i tre punteggi più alti (5, 6 e 7 – nella SWAP gli *item* vanno distribuiti in una scala che va da 0 a 7) e integrandoli con altre informazioni sul caso, si può facilmente arrivare (in modo per così dire “scientifico”, cioè replicabile) a una formulazione narrativa del caso contemporaneamente alla valutazione diagnostica categoriale. In altre parole, l’intento sarebbe anche quello di offrire un metodo per affrontare l’annoso problema del divario tra clinica e ricerca.

5. Problematiche generali

Accennerò ora ad alcuni temi generali che riguardano il problema della diagnosi, e precisamente parlerò della psicopatologia “descrittiva” e della psicopatologia “strutturale”, della possibile funzione della diagnosi come “difesa” del terapeuta, dell’aspetto scientifico e all’aspetto filosofico della diagnosi, dei tentativi di “sospensione” del nostro giudizio e dei nostri preconcetti, e infine della dicotomia nomotetico-idiografico. Queste sono problematiche vaste e complesse, per cui necessariamente mi limiterò a brevi commenti.

¹ Riguardo alla “strategia dello smontaggio” (*dismantling strategy*), che appartiene alla logica di un certo tipo di ricerca in psicoterapia e – potremmo dire – anche a una filosofia della diagnosi basata sul sistema politetico, vedi pp. 29-31 dell’articolo di Westen, Morrison Novotny & Thompson-Brenner (2004).

5.1. Due psicopatologie: "descrittiva" e "strutturale"

I sistemi diagnostici a cui ho accennato (DSM, ICD e PDM) non sono gli unici sistemi diagnostici (per un panorama storico delle classificazioni delle malattie mentali, dall'antichità ai giorni nostri, rimando a Migone, 1996a, 1999). Sono solo quelli più noti o proposti in modo ufficiale da organizzazioni internazionali della professione. Oltre a questi, vi è una miriade di modelli avanzati da scuole o singoli autori, dai più complessi ai più semplici (mi viene in mente di aver sentito dire recentemente che un collega italiano molto noto e autorevole sostiene che per lui esiste solo un sistema diagnostico, quello che divide i pazienti in "molto matti", "un po' matti", e "poco matti", ed è questo lo schema di riferimento che gli serve di più nella pratica clinica).

La psicoanalisi, che è uno dei primi approcci psicoterapeutici comparsi sulla scena, ha elaborato moltissimi sistemi diagnostici, dai più complicati ai più semplici a seconda degli autori a partire da Freud. Si può dire che quello che li accomuna tutti è di essere all'opposto dei DSM-III e DSM-IV, cioè di non basarsi solo sull'aspetto descrittivo bensì di collegare i sintomi a una teoria sottostante, come peraltro si fa in medicina, cioè presupponendo che si conosca il senso della malattia (giusto o sbagliato che sia, intendo dire che vi è almeno la pretesa, l'ambizione di conoscerlo). Ovviamente questo vale anche per quasi tutte le altre scuole. In questo senso i DSM-III e DSM-IV, per il fatto di ignorare la teoria, rappresentano una anomalia, ma le varie *Task Force* del DSM sono sempre state ben consapevoli di questo limite. Ignorare la teoria è stata, come si è detto, una scelta precisa, una sfida "eroica" che si è voluta percorrere consapevolmente, partendo da una premessa di ignoranza nei confronti del mistero della malattia mentale e mettendo da parte ogni preconetto teorico per vedere se si poteva comunque fare diagnosi valide solo a partire solo dall'aspetto descrittivo. L'ambizione della psichiatria è comunque quella di arrivare a una eziopatogenesi condivisa da tutti, forse ci si arriverà in futuro quando i tempi saranno maturi, e i DSM volevano essere essenzialmente degli *work in progress*, utili soprattutto per la ricerca, non per la clinica (questo viene detto esplicitamente nella introduzione ai manuali, e il fatto che in alcuni paesi, anche in Italia, da molti siano stati scambiati per manuali di psichiatria *clinica* è un altro discorso, fa parte degli aspetti sociologici della nostra professione).

Nell'accennare ai vari modelli diagnostici abbiamo visto quindi che sono basati su premesse diverse. Come afferma lo psicologo e filosofo Civita (1999, p. 13), si può dire che vi siano due diverse psicopatologie, che si possono definire "descrittiva" e "strutturale". Quella descrittiva è la psicopatologia dei DSM-III e DSM-IV, come abbiamo visto, poiché prescinde da una struttura sottostante e si basa solo sull'aspetto descrittivo, quasi come se fosse l'unica cosa che conta. Anche alcune scuole psicoterapeutiche seguono questo tipo di psicopatologia, ad esempio quelle prettamente comportamentistiche, o forse anche quelle sistemiche vecchia maniera (si pensi ad esempio al concetto della mente come "scatola nera"). Quasi tutte le scuole seguono invece una

psicopatologia strutturale, cioè viene supposta una struttura sottostante ai sintomi, e questa struttura dipende appunto dalla teoria di riferimento, dai modelli costruiti per descriverla (cioè dalla teoria della mente). La costruzione dei modelli è la vera sfida, e un modello deve essere il più semplice e il più utile possibile.

A scanso di equivoci, va precisato che anche la psichiatria biologica segue una psicopatologia strutturale, poiché ipotizza strutture biologiche che sottostanno ai sintomi. I farmaci vogliono appunto “colpire”, modificare quelle strutture, infatti – si badi bene – i farmaci non devono seguire la logica dei “sintomi bersaglio”, bensì modificare le strutture sottostanti ai sintomi, ad esempio a livello neurotrasmettitoriale, tanto è vero che uno stesso farmaco può modificare sintomi diversi (si pensi solo agli antidepressivi SSRI [*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*] che vengono prescritti per la depressione, la bulimia, il panico, il disturbo ossessivo-compulsivo, ecc. – non entro qui nel merito della efficacia dei farmaci antidepressivi, che alcune ricerche hanno dimostrato che nella depressione sono poco superiori al placebo; vedi Migone, 2005, 2010b; Angell, 2011). Anche la psichiatria cosiddetta “descrittiva” di Kraepelin era, a ben vedere, una psicopatologia strutturale, poiché lui credeva nella esistenza di strutture biologiche responsabili dei sintomi (si pensi al concetto di degenerazione cerebrale); infatti fu proprio Kraepelin a osservare che sintomi totalmente diversi potevano corrispondere alla stessa “malattia” sottostante, si pensi ai diversi tipi di schizofrenia da lui individuati, o al disturbo bipolare che allora si chiamava psicosi maniaco-depressiva (fu proprio Kraepelin che per primo capì che sintomi opposti come la depressione e la mania erano due aspetti della stessa malattia, poiché ne osservò l’evoluzione negli stessi pazienti).

5.2. *La diagnosi come “difesa” del terapeuta*

Veniamo ora a un’altra considerazione generale sulla funzione della diagnosi, e in particolare ad alcuni accenni sul dibattito che vi è stato ad esempio in psicoanalisi, ma certamente in tante altre scuole psicoterapeutiche, anche se con parole diverse. Nella psicoanalisi, come è noto, vi è sempre stata una tendenza antidiagnostica (tra i tanti, si veda Szasz, 1961), nel senso che molti autori hanno fatto notare, comprensibilmente, che la diagnosi può essere inutile, o può avere una funzione difensiva o comunque dannosa per la terapia: può essere dettata dall’ansia di non capire o non saper aspettare (può servire insomma, paradossalmente, a “non vedere”), o ci fa inquadrare il paziente in modo schematico o dato una volta per tutte, impedendoci di vedere altri aspetti e soprattutto facendoci scordare che il quadro cambia, per cui una diagnosi può essere vera adesso ma non tra una settimana, un mese o un anno. Sono ben noti alcuni vecchi adagi psicoanalitici secondo cui “l’analista non fa mai diagnosi”, oppure “la diagnosi si fa soltanto ad analisi terminata”, o cose del genere (McWilliams, 1994, 1999).

La mia opinione è che questi discorsi sono fraintendimenti del significato della diagnosi: se noi adottiamo una concezione molto allargata di diagnosi,

e cioè, come ho detto prima, come un modo di “vedere”, “capire” o “immaginare” il paziente o il suo problema, allora è impossibile non fare diagnosi altrimenti non *penseremmo* neppure, e chi dice che non fa diagnosi la fa più degli altri solo che non ne è consapevole (per cui fa più danni).

5.3. *L'aspetto scientifico e l'aspetto filosofico della diagnosi*

Occorre distinguere tra due aspetti del problema della diagnosi, che in un certo senso possiamo definire “scientifico” e “filosofico”, e che ovviamente sono intrecciati tra loro. L'aspetto scientifico della diagnosi riguarda la metodologia della valutazione di un paziente, e qui valgono i discorsi fatti prima: si possono discutere i modelli che si usano, le scale di valutazione che si scelgono, le interviste strutturate o semi-strutturate che i ricercatori utilizzano, la loro attendibilità e validità, e così via.

L'aspetto filosofico invece riguarda la teoria della conoscenza. Ad esempio: è possibile una conoscenza “oggettiva”? L'osservatore influenza il dato osservato? Se sì, in che misura? E se per definizione il dato osservato è sempre influenzato dall'osservatore, come si fa a saperlo? Infatti, per sapere che il dato osservato non è “oggettivo” in teoria dovremmo avere una idea del dato oggettivo, altrimenti non potremmo dire che non lo è. Inoltre, è possibile controllare o limitare i fattori distorcitori dell'osservatore tramite apposite metodologie scientifiche o “controlli”? Oppure: esiste una realtà esterna o è sempre “costruita”? E così via. Queste problematiche sono ben note, risalgono almeno a Kant, e non è possibile approfondirle qui, mi limito a brevi considerazioni.

Questi due aspetti del problema della diagnosi (il metodo con cui si valuta un paziente e la questione filosofica della possibilità di conoscerlo “oggettivamente”) sono però intrecciati tra loro, come si diceva, nel senso che il metodo scientifico che utilizziamo per vedere un fenomeno necessariamente ci permette di vedere solo gli aspetti di pertinenza di quel metodo (ad esempio, una TAC cerebrale ci fa vedere la morfologia del cervello ma non ci fa conoscere il vissuto del paziente rispetto a un conflitto lavorativo o sentimentale, un colloquio ci fornisce molte informazioni su un paziente ma non il suo esatto punteggio alla Scala di Hamilton per la Depressione che è ottenibile solo se somministriamo quella scala, una diagnosi psicoanalitica – e poi bisogna vedere di quale scuola – può essere diversa da una diagnosi fatta da un collega cognitivista o sistemico, e così via). Ne consegue che ogni metodo diagnostico produce risultati diversi che a prima vista sono incommensurabili tra di loro. Come è possibile rapportare tra loro i risultati dei tanti e diversi metodi diagnostici – e rispettivi linguaggi – che esistono sul mercato?

Questo è un problema di non facile soluzione. Posso solo dire che a questo proposito ho trovato convincenti alcune riflessioni del filosofo Agazzi (1974, 2006) sulla epistemologia delle scienze psicologiche. Applicando l'argomentazione di Agazzi al problema della diagnosi, si può dire che anche se all'apparenza ogni metodo diagnostico “costruisce” un diverso paziente, in realtà produce solo un diverso “oggetto scientifico”, un oggetto

ideale che è diverso dagli “oggetti scientifici” prodotti da altri metodi diagnostici. Quindi il paziente è sempre lo stesso (la stessa cosa, direbbe Agazzi), ma può diventare *oggetto* di metodi diagnostici diversi, quindi un paziente in carne e ossa si trasforma in un “fascio” di *oggetti scientifici* potenzialmente infiniti: ad esempio, il fatto che venga proposta una nuova metodologia diagnostica non significa che si sia scoperto un paziente mai visto prima, significa soltanto che è stato individuato un nuovo “punto di vista” sullo stesso paziente. E non va dimenticato che i diversi punti di vista o modelli diagnostici sono destinati a rimanere per sempre, poiché per definizione la realtà è inconoscibile in quanto tale, noi possiamo solo conoscerla attraverso gli “occhi(ali)” che abbiamo e gli strumenti diagnostici che utilizziamo (non posso dilungarmi su questa problematica, e per brevità rimando a Migone, 1998, 2008a).

5.4. I tentativi di “sospensione” del nostro giudizio e dei nostri preconcetti

Se è vero quindi che la realtà è per sua natura inconoscibile (e questa era anche la posizione di Freud), alcuni argomentano che possiamo cercare di conoscerla nel modo “migliore possibile”, o che possiamo cercare di “avvicinarci” ad essa. E nel campo della psicoterapia vi sono stati diversi tentativi di affrontare questa problematica. Ne accenno ad alcuni.

Si pensi innanzitutto alla *epoché* fenomenologica (ἐποχή, “sospensione”): come è noto, con questo termine Husserl (1913), nell’ambito della fenomenologia, voleva alludere a una “sospensione” del giudizio sulle cose, in modo da permettere ai fenomeni che giungono alla coscienza di essere considerati senza alcuna visione preconcepita (come se li si considerasse per la prima volta). In questo modo si aprirebbe la possibilità di conoscere la “cosa in sé” (*Ding an sich*), senza la distorsione operata dai pregiudizi, occhiali o lenti distorcenti del nostro modello diagnostico o teorico che inquadra i dati appunto secondo quel modello, quasi al punto di non farci vedere quello che non rientra al suo interno (personalmente, ho seri dubbi che si riesca a eliminare i propri preconcetti, come se dovessimo riuscirci con la “buona volontà”). È ovvio che ogni modello diagnostico, nella misura in cui inquadra i dati secondo uno schema di riferimento fatto di diagnosi preformate, rischia di farci vedere solo quelle, quindi, per così dire, ci rende ciechi di fronte al paziente, “costruisce” solo un paziente che ben si incastra nel nostro modello.

Anche Freud era consapevole di questo problema, e con la regola della “attenzione liberamente fluttuante” (o “ugualmente sospesa”) da parte del terapeuta (che è il corrispettivo delle “associazioni libere” da parte del paziente, cioè della “regola fondamentale” o “regola aurea” della psicoanalisi) voleva mirare esattamente alla stessa cosa. Anche il noto aforisma di Bion (1967) di iniziare ogni seduta “senza memoria e senza desiderio” rappresenta un tentativo di non farsi condizionare dai nostri preconcetti. Tanti approcci psicoterapeutici si pongono questo problema: si pensi ad esempio alle tecniche che si rifanno alle tradizioni orientali, tanto in voga oggi, che in un certo qual modo possono anche rappresentare un tentativo di “sospensione” in questo senso (per una discussione del

problema della “traduzione” di aspetti delle filosofie orientali nella psicoterapia occidentale, rimando a Migone, 2008b).

5.5. La dicotomia nomotetico-idiografico

Come si diceva, il problema di come “vedere” il mondo è vecchia come il mondo stesso, ed è ben rappresentata da una delle tante dicotomie della psicologia, forse la principale, la dicotomia nomotetico-idiografico (che è collegata all'altra dicotomia, attribuita a Dilthey, delle “due scienze”, le scienze naturali, *Naturwissenschaften*, e le scienze dello spirito o scienze umane, *Geisteswissenschaften*).

Secondo l'approccio “nomotetico” noi cataloghiamo i dati secondo leggi (*nomos*), quindi categorie (le diagnosi sono categorie) all'interno delle quali facciamo rientrare i pazienti. Questo approccio nomotetico in cui facciamo rientrare i fenomeni in leggi o categorie conosciute è tipico delle scienze naturali e permette di costruire un sistema di conoscenze che ordina il mondo, come una mappa (e si pensi alle antiche carte geografiche, quanti pochi territori contenevano – anche disegnati male! – e quanto sono state modificate mano a mano che si scoprivano nuovi territori).

L'approccio “idiografico” invece cerca di non utilizzare leggi universali e uguali per tutti, ma di vedere quello che è specifico di un singolo paziente (*idios* significa “unico”, “privato”, “idiosincratico” appunto); cerca cioè di aprirsi alla possibilità di conoscere quello che eventualmente non è incluso in leggi conosciute, perché è possibile che un paziente abbia un aspetto che nessun'altro ha o che non è mai stato visto prima (per cui non disponiamo di leggi in cui farlo rientrare), e allora cerchiamo di avvicinarci a lui a mente libera e senza preconcetti diagnostici, utilizzando magari l'empatia o l'intuizione. Fu Gordon Allport che, a metà del XX secolo in America, si fece difensore di questo approccio all'interno del dibattito sulla personologia (a mio modo di vedere, però, la dicotomia nomotetico-idiografico potrebbe considerarsi superata in quanto basata su una reazione, in un certo senso “romantica”, a una concezione antiquata della scienza, e mi trovo molto d'accordo con la critica che ne fece Holt [1962], che fu allievo di Allport ma poi criticò il maestro).

A proposito dell'approccio idiografico alla diagnosi, e dei tentativi di integrazione con l'approccio nomotetico, si può menzionare anche che la *World Psychiatric Association* (WPA) sta facendo sforzi per formulare una serie di “linee-guida internazionali per la valutazione diagnostica” (*International Guidelines for Diagnostic Assessment* [IGDA]) (Mezzich *et al.*, 2003). Una di queste linee-guida, la IGDA-8, intitolata “Formulazione diagnostica idiografica (personalizzata)” (IGDA Workgroup, 2003b), raccomanda che nella diagnosi vi sia anche una componente idiografica (Phillips, 2005, 2010). La diagnosi cioè dovrebbe combinare una formulazione diagnostica nomotetica o standardizzata (ad esempio tramite ICD-10 o DSM-IV), dotata anche di una valutazione multiassiale, e una formulazione diagnostica idiografica o personalizzata (con 10 indicatori) che riflette la unicità dell'esperienza personale del paziente che integri le

prospettive del clinico, del paziente e della famiglia in un linguaggio non specialistico (IGDA Workgroup, 2003a, p. 41).

Riferimenti bibliografici

- Agazzi E. (1974). Criteri epistemologici fondamentali delle discipline psicologiche. In: Siri G., a cura di, *Problemi epistemologici della psicologia. Atti del 1° Simposio* (Varese, 23-26 novembre 1974). Milano: Vita e Pensiero, 1976, pp. 3-35.
- Agazzi E. (2006). Epistemologia delle scienze psicologiche. In: Giordano M., a cura di, *Burnout. Seminario gruppoanalitico nazionale. Da Franco Fornari precursore alle nuove conoscenze scientifiche*. Milano: FrancoAngeli, 2006, pp. 57-83.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First Edition* (DSM-I). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition* (DSM-II). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition* (DSM-III). Washington, D.C.: APA (trad. it.: *DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Terza edizione*. Milano: Masson, 1983).
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised* (DSM-III-R). Washington, D.C.: APA. (trad. it.: *DSM-III-R. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Terza edizione, riveduta*. Milano: Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV). Washington, D.C.: APA (trad. it. basata sulla "Versione internazionale con i codici dell'ICD-10" del 1995: *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quarta edizione*. Milano: Masson, 1995).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV-TR). Washington, D.C.: APA (trad. it.: *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quarta edizione. Text Revision*. Milano: Masson: 2001).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5). Washington, D.C.: APA (trad. it.: in preparazione presso Raffaello Cortina, Milano).
- Angell M. (2011). The epidemic of mental illness: Why? *The New York Review of Books*, 58, 11 (23 giugno): 20-22; The illusions of psychiatry. *The New York Review of Books*, 58, 12 (14 luglio): 20-22 (trad. it. di entrambi gli articoli: L'epidemia di malattie mentali e le illusioni della psichiatria. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2012, XLVI, 2: 263-282).
- Barron J.W., editor (1998). *Making Diagnosis Meaningful: Enhancing Evaluation and Treatment of Psychological Disorders*. Washington, D.C.: American Psychological Association (trad. it.: *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina, 2005).
- Bion W.R. (1967). Notes on memory and desire. *Psychoanalytic Forum*, 2: 271-280. Anche in: *Cogitations*. London: Karnac, 1992 (trad. it.: *Cogitazioni*. Roma: Armando, 1996).
- Civita A. (1999). *Psicopatologia. Un'introduzione storica*. Roma: Carocci.
- Cosgrove L., Krimsky S., Vijayaraghavan M. & Schneider L. (2006). Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychotherapy*

- & *Psychosomatics*, 75: 154-160. Internet edition: <http://www.tufts.edu/~skrimsky/PDF/COI%20CPG.PDF>.
- Costa P.T.Jr. & McCrae R.R. (1988). From catalog to Murray's needs and the five-factor model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55: 258-265.
- Decker H.S. (2010). A moment of crisis in the history of American psychiatry. *Internet*: <http://historypsychiatry.wordpress.com/2010/04/27/a-moment-of-crisis-in-the-history-of-american-psychiatry>. Vedi anche: Frances, 2010b.
- DeFife J.A., Peart J., Bradley B., Ressler K., Drill R. & Westen D. (2012). Validity of Prototype Diagnosis for Mood and Anxiety Disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* (Online First), 1-9 (<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1465613>)
- De Girolamo G. & Migone P. (1995). Il DSM-IV e i problemi della diagnosi in psichiatria. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXIX, 1: 41-80 (con una intervista a Bob Spitzer, pp. 81-85: Osservazioni sulla diagnosi in psichiatria. Intervista a Robert L. Spitzer).
- Feinstein A.R. (1985). *Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research*. Philadelphia, PA: Saunders.
- Frances A. (2010-13). DSM-5 in Distress. The DSM's impact on mental health practice and research. *Psychology Today, Blog di Allen Frances su Internet*: <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress>.
- Frances A. (2010a). Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM5. *Psychiatric Times*, February 11, 2010: <http://www.psychiatristimes.com/display/article/10168/1522341> (trad. it. aggiornata a maggio 2011: Si apre il vaso di Pandora: le 19 peggiori proposte del DSM-5. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2011, XLV, 2: 251-262). Vedi Spitzer & Frances, 2011.
- Frances A. (2010b). A History Of The DSM-5 Controversy. The influence of the internet. *Internet*: <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201006/history-the-dsm5-controversy>.
- Frances A. (2010c). DSM-5: A Letter to the APA Board of Trustees (May 7, 2010). *Internet*: <http://www.psychiatristimes.com/dsm-5/content/article>.
- Frances A. (2010d). The DSM5 Field Trial Proposal: An Expensive Waste of Time. *Internet*: <http://www.psychiatristimes.com/dsm-5/content/article/10168/1565512>.
- Frances A. (2010e). DSM in philosophyland: Curiouser and curiouser. *Bulletin of the Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry* (AAPP), 2010, 17, 1, pp. 21-25 (ristampa: 2010, 17, 2: 3-7). Edizione su Internet: <http://alien.dowling.edu/~cperring/aapp/bulletin.htm> (trad. it.: Il DSM nel territorio della filosofia: curiosissimo e sempre più curioso. *aut aut*, 2013, 357: 97-110; trad. it. in edizione on-line in: *Psichiatria di Comunità*, 2012, XI, 1).
- Frances A. (2012a). Will DSM-5 Reduce the Rates of Autism? *The Huffington Post*, Nov. 21, 2012. Internet: http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/will-dsm-5-reduce-the-rates-of-autism_b_2164943.html
- Frances A. (2012b). DSM 5 Is Guide Not Bible – Ignore Its Ten Worst Changes. *Psychology Today*, Dec. 2, 2012. *Internet*: <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201212/dsm-5-is-guide-not-bible-ignore-its-ten-worst-changes>.
- Frances A. (2012c). Mislabeling Medical Illness As Mental Disorder. The eleventh DSM 5 mistake needs an eleventh hour correction. *Psychology Today*, Dec. 8, 2012. *Internet*: <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201212/mislabeling-medical-illness-mental-disorder>.
- Frances A. (2013a). *Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*.

New York: William Morrow (trad. it. in preparazione presso Bollati Boringhieri, Torino).

Frances A. (2013b). *Essentials of Psychiatric Diagnosis: Responding to the Challenge of DSM-5*. New York: Guilford (trad. it.: in preparazione presso Raffaello Cortina, Milano).

Frances A., Pincus H.A., Widiger T.A., Davis W.W. & First M.B. (1990). DSM-IV: work in progress. *Am. J. Psychiatry*, 147, 11: 1439-1448.

Frances A. & Schatzberg A. (2010). Psychiatrists Propose Revisions to Diagnostic Manual (Judy Woodruff, interviewer). *Public Broadcasting System (PBS) Television*, February 10, 2010. Video on the Internet: http://www.pbs.org/newshour/bb/health/jan-june10/mentalillness_02-10.html.

Holt R.R. (1962). Individuality and generalization in personality psychology. *Journal of Personality*, XXX, 3: 405-422. Versione riveduta in: *Methods in Clinical Psychology: Assessment, Prediction and Research*. New York: Plenum, 1978 (trad. it.: Individualità e generalizzazione nella psicologia della personalità. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 1963, 57/58: 3-24. Edizione del 1978 su Internet con una introduzione di Paolo Migone e una premessa di Robert R. Holt del 1998: <http://www.publinet.it/pol/ital/documig6.htm>).

Horwitz A.V. & Wakefield J.C. (2007). *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorders*. Foreword by Robert L. Spitzer. New York: Oxford University Press.

<http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt111-09.htm>.

<http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt88-01.htm>.

Husserl E. (1913). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*. Haag: M. Nijhoff, 1952 (trad. it. *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*. Torino: Einaudi 1950).

IGDA Workgroup, WPA (2003a). IGDA. 1: Conceptual bases: Historical, cultural and clinical perspectives. In: Mezzich *et al.*, 2003, pp. S40-S41.

IGDA Workgroup, WPA (2003b). IGDA. 8: Idiographic (personalised) diagnostic formulation. In: Mezzich *et al.*, 2003, pp. S55-S57.

Lingiardi V., Ammaniti M., Dazzi N., Del Corno F., Liotti G., Maffei C., Mancini F., Migone P., Rossi Monti M., Semerari A. & Zennaro A. (2011). Personality Disorders and DSM-5. *Submitted for publication*. Edizione su Internet in appendice a questa pagina: <http://cognitivismo.wordpress.com/2011/04/22/i-disturbi-di-personalita-dal-dsm-iv-al-dsm-v-che-cosa-succedera-ai-pazienti-narcisisti>.

McWilliams N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York: Guilford (trad. it.: *La diagnosi psicoanalitica: struttura della personalità e processo clinico*. Roma: Astrolabio, 1999).

McWilliams N. (1999). *Psychoanalytic Case Formulation*. New York: Guilford (trad. it.: *Il caso clinico. Dal colloquio alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina, 2002).

Mezzich J.E., Berganza M., von Cranach M. *et al.*, editors (2003). Essentials of the *World Psychiatric Association's International Guidelines for Diagnostic Assessment (IGDA)*. *Br. J. Psychiatry*, 45 (Suppl.): S35-S66.

Migone P. (1983a). Verso un aggancio tra psichiatria e psicoanalisi: il problema della diagnosi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XVII, 4: 3-21 (Dibattito: P.F. Galli [4/1984], G. Lai [2/1984, 3/1984], B. Zanuso [2/1984], P.G. Battaglia & P.M. Furlan [3/1984], V. Melega & G. Neri [4/1984], P. Migone [2/1985], F. Allodi [3/1985], G. Rugi [3/1989, 4/1990], S. Fissi [2/1994], ecc.).

Migone P. (1983b). La diagnosi in psichiatria descrittiva: presentazione del DSM-III. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XVII, 4: 56-90. Vedi anche: Migone, 1995a, cap. 12.

- Migone P. (1985). Ancora sulla diagnosi e sul rapporto tra psichiatria e psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XIX, 2: 74-103.
- Migone P. (1987). Recensione: "American Psychiatric Association, Work Group to Revise DSM-III, *Draft, DSM-III-R in Development*. Washington, DC: APA, 1985". *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXI, 2: 350-352.
- Migone P. (1990). Evoluzione storica del concetto di "borderline". *Il Ruolo Terapeutico*, 55: 30-34. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt55-90.htm>. Una versione aggiornata in: Migone, 1995, cap. 12.
- Migone P. (1991). Psicodinamica del disturbo borderline. *Il Ruolo Terapeutico*, 56: 23-26. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt56-91.htm>. Una versione aggiornata in: Migone, 1995, cap. 12.
- Migone P. (1992-99). I DSM dell'*American Psychiatric Association*. In: Pancheri P., Cassano G.B. et al., a cura di, *Trattato Italiano di Psichiatria*. Milano: Masson, 1992, vol. II, cap. 37, pp. 857-861 (*prima edizione*); 1999, vol. II, cap. 33, pp. 1026-1036 (*seconda edizione*). Vedi anche: Migone, 1995, cap. 12.
- Migone P. (1995). *Terapia psicoanalitica. Seminari (Nuova edizione: 2010)*. Milano: FrancoAngeli. Scheda su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm-revs/books/migone1a.htm>.
- Migone P. (1996a). Panorama storico delle classificazioni psichiatriche. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, LVII, 2/3: 226-245 (vedi anche: Migone P., Storia della classificazione dei disturbi in psichiatria. In: Pancheri P., Cassano G.B. et al., a cura di, *Trattato Italiano di Psichiatria, Seconda Edizione*. Milano: Masson, 1999, vol. II, cap. 33, pp. 1011-1016).
- Migone P. (1996b). Il rapporto tra ICD-10 e DSM-IV. *Neurologia Psichiatria Scienze umane (N.P.S.)*, XVI, 4: 543-557 (vedi anche: Migone P., Le differenze tra ICD-10 e DSM-IV. In: Pancheri P., Cassano G.B. et al., a cura di, *Trattato Italiano di Psichiatria, Seconda Edizione*. Milano: Masson, 1999, vol. II, cap. 33, pp. 1036-1040).
- Migone P. (1998). Quale modello di scienza per la ricerca in psicoterapia? (Editoriale). *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*, XVII, 2: 113-119. Una versione su Internet:
- Migone P. (1999). Cenni storici e nosografia dei disturbi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza. In: Pancheri P., Cassano G.B. et al., a cura di, *Trattato Italiano di Psichiatria, Seconda Edizione*. Milano: Masson, 1999, vol. III, cap. 69, pp. 2680-2691 (vedi anche: Pancheri P. & Pfanner P., a cura di, *Psicofarmacoterapia dei disturbi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza*. Firenze: Scientific Press, 1999, pp. 39-73). Edizione su Internet: <http://www.autismoonline.it/coselautismo/cenni.htm>.
- Migone P. (2005). Farmaci antidepressivi nella pratica psichiatrica: efficacia reale. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXIX, 3: 312-322. Una versione del 2009 su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt112-09.htm>.
- Migone P. (2006). La diagnosi in psicoanalisi: presentazione del PDM (*Psychodynamic Diagnostic Manual*). *Psicoterapia e Scienze Umane*, XL, 4: 765-774.
- Migone P. (2008a). Riflessioni sul problema della pluralità dei metodi di ricerca in psicoterapia. In: Carere-Comes T., a cura di, *Quale scienza per la psicoterapia?* (Atti del III Congresso della sezione italiana della *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration [SEPI-Italia]*, Roma, 18-20 aprile 2008). Firenze: Florence Art, 2009, pp. 19-31. Una versione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt109-08.htm>.

- Migone P. (2008b). Il problema della "traduzione" di aspetti delle filosofie orientali nella psicoterapia occidentale. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2010, XLIV, 1: 35-52.
- Migone P. (2008c). Un panorama sui principali modelli dimensionali della personalità. *Il Ruolo Terapeutico*, 2009, 111: 43-59. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt111-09.htm>.
- Migone P. (2009). La "cattiva psichiatria". *Il Ruolo Terapeutico*, 110: 65-72. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt110-09.htm>.
- Migone P. (2010a). La diagnosi come mappa del viaggio della psicoterapia. In: Moselli P. (a cura di), *Il nostro mare affettivo. La psicoterapia come viaggio*. Roma: Alpes, 2011, pp. 105-118 (Relazione al IV Congresso della *Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia* [FIAP], Crociera Isole delle Perle [Savona-Barcellona-Palma-Ajaccio-Savona], 16-20 aprile 2010). Una versione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt114-10.htm>.
- Migone P. (2010b). *Evidence-Based Medicine* o *Evidence-B(i)ased Medicine?* Ancora sulla efficacia dei farmaci antidepressivi. *Psichiatri Oggi*, XII, 3: 15-17.
- Migone P. (2011). Presentazione dei principali sistemi diagnostici in psichiatria e alcune riflessioni sul problema della diagnosi. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXXXV, 2: 19-40.
- Migone P. (2012). Psichiatrizzare la normalità. Le ambizioni, l'influenza, gli interessi e i limiti del DSM-5. *L'Indice*, 1 (gennaio): 12.
- Migone P. (2013a). La "filosofia" della diagnosi psichiatrica. *aut aut*, 357: 85-96.
- Migone P. (2013b). Aspettando il DSM-5. *Il Ruolo Terapeutico*, 122: 69-73.
- Miller G. (2010). Beyond DSM: Seeking a Brain-Based Classification of Mental Illness. *Science*, 327 (March 19): 1437. Vedi sito Internet [vedi](http://www.nimh.nih.gov/research-funding/rdoc.shtml)
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations [vedi il sito Internet: <http://www.pdm1.org>] (trad. it.: *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina, 2008; trad. it. delle pp. 691-764: Westen D., Morrison Novotny K. & Thompson-Brenner H., Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche [2004]. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2005, XXXIX, 1: 7-90. Una sintesi su Internet a cura di Paolo Migone: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt98-05.htm>).
- Phillips J. (2005). Idiographic formulations, symbols, narratives, context and meaning. *Psychopathology*, 38: 180-184.
- Phillips J. (2010). The Missing Person in the DSM. *Internet*: <http://www.psychiatrictimes.com/blog/dsm-5/content/article/10168/1766260>.
- Shedler J. (2010). The efficacy of psychodynamic therapy. *American Psychologist*, 65, 2: 98-109 (trad. it.: L'efficacia della terapia psicodinamica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2010, XLIV, 1: 9-34).
- Shedler J., Beck A., Fonagy P., Gabbard G.O., Gunderson J.G., Kernberg O.F., Michels R. & Westen D. (2010). Personality Disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 167, 9: 1026-1028. Internet edition: <http://xa.yimg.com/kq/groups/13457763/680976298/name/AJP+DSM+5+Commentary.pdf>.
- Spitzer R.L. & Frances A. (2010). How to do an evidence-based risk/benefit analysis of DSM-5 (Letter to Board Of Trustees of the *American Psychiatric Association* sent December 6, 2010). *Internet*: <http://www.psychiatrictimes.com/blog/dsm-5/content/article/10168/1760643>; <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201012/spitzerfrances-letter-apa-trustees>.

- Spitzer R.L. & Frances A. (2011). Guerre psicologiche: critiche alla preparazione del DSM-5. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLV, 2: 247-262. Vedi Spitzer (2011) e Frances (2010a).
- Spitzer R.L. (2011). Psychological warfare: The DSM-5 debate. *HCPLive*, February 25, 2011. Internet: <http://www.hcplive.com/videos/Psychological-Warfare-Dr-Spitzer-Talks-DSM-5> (trad. it.: Intervista a Robert L. Spitzer. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2011, XLV, 2: 248-250). Vedi Spitzer & Frances, 2011.
- Spitzer R.L., Williams J.B.W. & Skodol A.E. (1980). DSM-III: The major achievements and an overview. *American Journal of Psychiatry*, 137, 2: 151-164.
- Szasz T.S. (1961). *The Myth of Mental Illness*. New York: Harper & Row (trad. it.: *Il mito della malattia mentale*. Milano: Il Saggiatore, 1966).
- Wakefield J.C. (2004). Realtà e valori nel concetto di disturbo mentale: il disturbo come disfunzione dannosa. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXVIII, 4: 439-464.
- Wakefield J.C. (2010). Misdiagnosing normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment. *Journal of Mental Health*, 19, 4: 337-351 (trad. it.: Patologizzare la normalità: l'incapacità della psichiatria di individuare i falsi positivi nelle diagnosi dei disturbi mentali. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2010, XLIV, 3: 295-314).
- Westen D. & Shedler J. (1999a). Revising and assessing axis II, part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156: 258-272 (trad. it.: Revisione e valutazione dell'Asse II. Parte I: lo sviluppo di un metodo clinicamente ed empiricamente valido. In: Westen, Shedler & Lingardi, 2003, cap. 3, pp. 61-94).
- Westen D. & Shedler J. (1999b). Revising and assessing axis II, part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156: 273-285 (trad. it.: Revisione e valutazione dell'Asse II. Parte II: verso una classificazione dei disturbi di personalità empiricamente fondata e clinicamente utile. In: Westen, Shedler & Lingardi, 2003, cap. 4, pp. 95-123).
- Westen D., Shedler J., Bradley B. & DeFife J.A. (2012). An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: Bridging science and practice in conceptualizing personality. *American Journal of Psychiatry*, 169, 3: 273-284 (trad. it.: Una tassonomia delle diagnosi di personalità derivata empiricamente: colmare il divario tra scienza e clinica nella concettualizzazione della personalità. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2012, XLVI, 2: 327-358 [con una Nota introduttiva di Vittorio Lingardi e Francesco Gazzillo, pp. 327-332]).
- Westen D., Shedler J. & Lingardi V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Con allegato CD-ROM. Milano: Raffaello Cortina.
- Whitaker R. (2010). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. New York: Crown.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental Disorders and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: WHO (trad. it.: *ICD-10. Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali: Descrizioni Cliniche e Direttive Diagnostiche* [a cura di D. Kemali, M. Maj, F. Catapano, S. Lobracc, L. Magliano]. Milano: Masson, 1992).