

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

# Psichiatri, ecco la nuova bussola

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

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

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

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

zione tra questi.

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

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

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

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

co sulla base della conoscenza dell'individuo e sulle norme della cultura circa l'espressione della sofferenza nel contesto della perdita.

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

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

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

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

Parte dell'opinione pubblica, colleghi di altre specialità cliniche e psichiatri fortemente ideologizzati vorrebbero che la psichiatria continuasse a essere una disciplina tradizionale che si occupa solo dei "matti" e di quelle patologie che popolavano gli ospedali psichiatrici. In realtà oggi i problemi di salute mentale

che rappresentano la vera sfida del XXI secolo e che riguardano il 40% della popolazione europea, in particolare i giovani (il 75% dei disturbi mentali compare entro i 24 anni), implicano che gli psichiatri si debbano occupare anche di quei disturbi che rappresentano un continuum con la normalità, ma che per intensità, gravità e conseguenze sul funzionamento socio relazionale, sono da considerare patologici.

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

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

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

## Undici anni di lavoro e polemiche

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

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

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

### SINDROME DI ALIENAZIONE PARENTALE

## La Pas resta a terra, fuori anche dall'ultima edizione

**L**a recente pubblicazione della quinta edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5 (l'uscita della versione italiana è prevista per il prossimo anno), ha sancito la definitiva esclusione della cosiddetta sindrome di alienazione genitoriale (Pas ne è l'acronimo inglese) dal novero dei disturbi mentali ufficialmente riconosciuti dal mondo psichiatrico.

Molto si è detto e scritto su questa esclusione, denigrando il lavoro degli estensori del Dsm, accusandoli di collusione con le aziende farmaceutiche (vero in qualche singolo caso ma non si può generalizzare); la Pas è stata esclusa dalla classificazione dei disturbi mentali per il semplice motivo che mancano a tutt'oggi studi epidemiologici e clinici che le conferiscano dignità di malattia, o disturbo mentale. Nel 2007 alcuni ricercatori spagnoli (Escudero e coll.) hanno condotto un'indagine nelle principali banche date mondiali (Bmj, Cochrane, Medline, PubMed) trovando uno scarsissimo numero di lavori pubblicati in riviste scientifiche di rilievo internazionale; e con numeri esigui non si può costruire alcuna certezza scientifica.

Poco rileva il tentativo di alcuni di

voler leggere Pas laddove il Dsm scrive altro (tecnicamente ciò si direbbe illusione, una distorsione percettiva); il riferimento al capitolo dei Problemi relazionali è poco pertinente, per non dire impertinente. I problemi relazionali genitore-bambino sono e restano problemi relazionali tra due persone e non possono diventare la malattia di una delle due; che alcune decine di psicologi e neuropsichiatri infantili italiani sostengano queste tesi, si autoproclamino comunità scientifica di riferimento e pretendano credito è un vero e proprio peccato di presunzione a fronte degli oltre tremila ricercatori internazionali che hanno messo a punto la classificazione del Dsm.

Il colpo di grazia a questa teoria l'hanno dato alcuni psichiatri americani (Houchin e coll.) che in un articolo del gennaio 2012 hanno scritto a chiare lettere: «Se si vuole comprendere il senso del sostegno alla teoria della Pas bisogna solo seguire la pista del denaro». Il denaro di cui si parla è davvero tanto ed è quello che ruota intorno a separazioni coniugali conflittuali dove motivo del conflitto e della separazione è una storia di violenze intrafamiliari

e/o abusi sessuali sui figli minori; nel momento in cui la donna trova la forza per allontanare da sé e dai suoi figli il coniuge violento ecco intervenire questa teoria, e i suoi esperti, a ribaltare le cose. La donna è una bugiarda (madre malevola), i figli rifiutano la relazione con il padre non per la violenza o gli abusi sessuali di lui, ma perché manipolati dalla madre contro il padre. La Pas è un autentico buco nero della psichiatria e del diritto, una voragine che si fa beffa di logica e scienza, un Moloch che stritola genitori e figli, un pozzo come quello in cui scivolò l'Alice di Carroll, al termine del quale ci si ritrova in un mondo alla rovescia nel quale i bambini non sono creduti, vengono allontanati dal genitore che li protegge, minacciati e spesso collocati in comunità dove vengono "resettati" (abusati psicologicamente!) e poi consegnati al genitore violento. La teoria della Pas manca dei requisiti basilari delle sindromi di interesse medico; è un rozzo strumento per leggere in termini patriarcali il conflitto familiare e consentire al coniuge violento/abusante non solo di sfuggire alla giustizia ma di continuare a perpetrare violenza e abusi, sino all'epilogo tragico, talvolta, dell'uccisione di moglie e figli.

**Andrea Mazzeo**  
Psichiatra Cim Lecce

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**UN TENTATIVO**

# Autismo, tutti i disturbi ricondotti a una sola «etichetta»

La ricerca internazionale si svolge in inglese e il Dsm V la influenzerà pesantemente anche nei Paesi che non sono anglofoni, modificando una situazione che finora vedeva invece una sostanziale corrispondenza fra l'ultima revisione del Dsm IV e la classificazione internazionale delle malattie dell'Oms, la Icd 10.

L'Icd 10 nella traduzione dell'Istat dovrebbe essere usata per tutta la certificazione scolastica della disabilità, mentre in realtà prevale la traduzione non ufficiale della "Guida tascabile" edita privatamente quattro anni prima di quella ufficiale, che chiama F84 "Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico". Sono equivalenti le sottocategorie da F84.0 a F84.5, mentre torna la differenza per F84.8 "Altre sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico" e F84.9 "Sindrome non specificata da alterazione globale dello sviluppo psicologico".

Per accrescere la confusione si deve ricordare che la certificazione previdenziale dell'Inps richiede la classificazione Icd 9, che ancora riportava la dizione 299 "Psicosi con origine specifica nell'infanzia", divisa in: "Autismo infantile"; "Psicosi disintegrative"; "Altre"; "Non specificata".

Per queste definizioni la Guida tascabile riporta una tabella di conversione fra Icd 9 e Icd 10. Infine, non si dimentichi che il sistema di rimborsi italiano, che riprende il Drg americano del 1983, utilizza l'Icd 9 Cm. Con la confusione imperante molti neuropsichiatri italiani utilizzano la classificazione Dsm IV oppure classificazioni ancora meno condivise, come la "0 to 3" e altre ancora di fantasia, come quella di "Tratti di autismo".

Autismo infantile precoce: così Kanner aveva definito questa sindrome nel 1943, fissandone l'esordio entro tre anni di età. Fin dall'inizio la denominazione era scorretta, in quanto Kanner aveva ripreso la parola "autismo" dalla precedente definizione di Bleuler, che aveva distinto come autistica la fase della chiusura in sé stessi dei soggetti bipolari. Kanner ha compiuto ben altri errori - come quello di credere che l'autismo derivasse da carenza di affetto della madre - ma già con la sua prima denominazione aveva posto le premesse per gravi conseguenze nel riconoscimento e nel trattamento della sindrome, che meglio sarebbe stato chiamare sindrome di Kanner, giusto riconoscimento al suo scopritore. Infatti, la parola autismo favorisce la confusione fra una patologia psichiatrica a insorgenza in età adulta e questa sindrome,

me, che per le sue particolarità, come l'età di insorgenza, la cronicità e la diversa risposta ai farmaci, avrebbe ben meritato un nome nuovo e diverso.

L'aggiunta dell'aggettivo "infantile", che nelle intenzioni di Kanner avrebbe dovuto fare la differenza, è diventata un ulteriore grave problema nella classificazione. In particolare in Italia, dove c'è differenza tra specializzazione in psichiatria e neuropsichiatria infantile, la quasi totalità degli psichiatri ha creduto che l'autismo di Kanner fosse una sindrome da bambini e quando lo psichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza passava loro le consegne per un paziente divenuto maggiorenne si sentivano in dovere di togliere quell'etichetta diagnostica considerata infantile, mutandola in una general generica formula del tipo: handicap mentale adulto, che non si ritiene neppure degno di essere preso in carico da medici e viene delegato ai servizi sociali.

Questo spiega perché una sindrome sempre meglio riconosciuta, che oggi arriva a interessare oltre l'1 per cento della popolazione infantile americana di 9 anni, secondo il Cdc di Atlanta, e quasi il 4 per mille della popolazione infantile, secondo il Piemonte e l'Emilia Romagna, sparisce quasi del tutto nell'età adulta. Dato che le persone con autismo non guariscono e non muoiono al compimento della maggiore età, la spiegazione dello strano fenomeno non può essere altra che una cattiva interpretazione di una denominazione di per sé confondente.

Salta agli occhi la maldestra sottoclassificazione dell'F84 dell'Icd 10, dove quattro classificazioni sulle sette esistenti sono definite in maniera residuale (.2 atipica, .3 altro tipo, .8 altro tipo, .9 residuale) e nessuno piangerà quando verrà cambiato. Il Dsm IV già manteneva più stretto il ventaglio e il Dsm V riunifica tutte le sindromi sotto la sola voce "Disturbi dello spettro autistico", senza altre distinzioni che non siano quelle della gravità: nessuno potrebbe pensare di equiparare la gravità dei bisogni dell'autismo infantile con quella della sindrome di Asperger, che ora rientra bene nell'unica dizione "Disturbi dello spettro autistico" perché il Dsm V cambia i criteri di classificazione e riduce la triade descritta dal Dsm-IV (i- deficit nel comportamento sociale, ii- ritardo del linguaggio, iii- comportamenti ripetitivi e interessi ristretti) in due sole classi: i- difficoltà di comunicazione sociale e ii- comportamenti ripetitivi o restrittivi. Infatti i soggetti con sindrome di Asperger non mostrano ritardo del linguaggio ma solo le altre 2 condizioni.

Nel Dsm V la Sindrome di Rett viene

esclusa dal gruppo, in quanto si sono trovati i difetti genetici che la provocano: MEC P2, CDKL5 e altri. In questi casi già oggi più che di autismo sindromico si dovrebbe parlare di quella specifica sindrome genetica aggiungendo alla diagnosi eziologica: "Con comportamento autistico".

Quindi la categoria Disturbi dello spettro autistico, così come F84 dell'Icd 10, sarà sfogliata come una margherita via via che aumentano le conoscenze della genetica, se si cercheranno con gli esami le diagnosi eziologiche già oggi note per provocare autismo e quelle, oggi ignote, che diventeranno note in futuro.

**Carlo Hanau**

Docente di Statistica medica Università di Modena e Reggio Emilia - Componente del Comitato scientifico Angsa

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La classificazione Icd 10 (\*)**

**F84 Disturbi evolutivi globali:**

**F84.0** Autismo infantile

**F84.1** Autismo atipico

**F84.2** Sindrome di Rett

**F84.3** Sindrome disintegrativa dell'infanzia di altro tipo

**F84.4** Disturbo iperattivo associato a ritardo mentale e a movimenti stereotipati

**F84.5** Sindrome di Asperger

**F84.8** Disturbo evolutivo globale di altro tipo

**F84.9** Disturbo evolutivo globale non specificato

(\*) Traduzione Istat 2000

**PARLA EMILIA COSTA**

## «Collegli, nei bambini il farmaco deve essere l'ultima spiaggia»

«**N**ei bambini il farmaco deve essere l'ultima scelta, dopo una serie di altri tentativi che possono andare dalla psicoterapia alle tecniche di rilassamento e di meditazione». Ne è convinta **Emilia Costa**, titolare della prima cattedra di Psichiatria dell'Università di Roma "La Sapienza" e decana del comitato scientifico di "Giù le mani dai bambini", che da sempre si batte contro l'ipermedicizzazione dell'infanzia.

### Che giudizio dà sul nuovo Dsm 5?

Non bisogna demonizzarlo ma nemmeno pensare che possa risolvere tutti i problemi. È senz'altro uno strumento utile perché la comunità scientifica mondiale condivide gli stessi criteri diagnostici, però va saputo usare.

### Che cosa intende?

Io ho collaborato alla stesura dei vari Dsm fino al IV, e ho contribuito a fare in modo che venissero introdotti, accanto a quelli clinici e biologici, parametri psicodinamici, relazionali e sociali. Un input recepito soltanto marginalmente, perché i parametri aggiuntivi sono

stati inseriti solo in appendice. Il risultato è che quasi nessuno li utilizza: i medici sono a volte non del tutto competenti e spesso frettolosi. Così ha gioco più facile la pressione irresponsabile delle aziende farmaceutiche. È per questo che io e altri colleghi, come il "big" Allen Frances, ci siamo astenuti dal sottoscrivere il Dsm 5 in contrasto con altri "grandi" della psichiatria sottmessi alle multinazionali. Persino il National Institute of Mental Health ha preso le distanze dal nuovo manuale.

### Quali sono gli interessi in campo?

All'aumento delle patologie corrisponde sempre un aumento delle prescrizioni di psicofarmaci. Non può essere un caso che le diagnosi di disordini bipolari, dopo il Dsm IV, siano aumentate del 40% rispetto al manuale precedente, quelle di autismo del 25% e quelle di Adhd (sindrome da deficit di attenzione e iperattività) più che raddoppiate. Il giro d'affari degli antipsicotici si aggira oggi intorno ai 50 miliardi di dollari l'anno.

### Dunque nuove etichette significano nuove diagnosi?

Parlerei di bulimia da diagnosi. La società attraversa una fase molto critica. Bisogna capire che non si può evadere qualsiasi tipo

di minima sofferenza, che fa parte dell'essere umano e dei suoi processi di crescita. Se a scuola un bambino si annoia o diventa irritabile e aggressivo non si devono subito allarmare i genitori. Occorre diffidare delle scorciatoie: massacrare i bambini con dosi massicce di psicofarmaci può portare a conseguenze molto dannose, che a volte si manifestano già nell'adolescenza a esempio con disturbi della personalità.

### Ci spieghi meglio.

Vedo spesso casi in cui i farmaci sono stati dati male, senza che servissero, troppo a lungo e insieme a tanti altri medicinali. Il rischio è di squilibrare il metabolismo del cervello del bambino, che invece per crescere bene necessita di alimentazione sana, accoglienza e amore, un ambiente caldo e affettuoso.

### "Giù le mani dai bambini" combatte perché i più piccoli non siano "schedati" e, in particolare, per arginare le diagnosi di Adhd. Qual è la situazione in Italia?

Noi tendiamo a imitare quello che fanno gli altri ma con vent'anni di ritardo, quando la sono in fase di revisione delle scelte precedenti. La tendenza

recente è stata quella di risolvere tutto e subito. La conseguenza è che siamo arrivati a diagnosticare l'Adhd nel 4-5% della popolazione infantile. Mi permetto di non crederci e di ritenere invece che molte diagnosi rappresentino un errore diagnostico. Secondo me l'1% è tanto.

### Il nostro sistema pone argini efficaci alla sovradiagnosi?

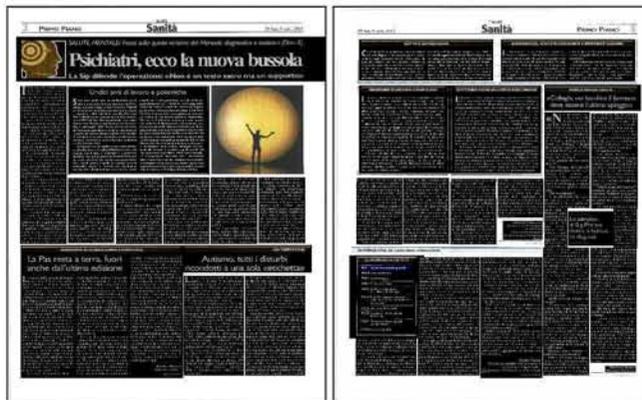
Non direi. In Italia le istituzioni non ci aiutano. Il Registro nazionale Adhd si limita a tenere conto della diagnosi ma non è mai stata effettuata una valutazione dei casi a distanza di sei mesi, un anno e due anni di trattamento. Non abbiamo quindi strumenti concreti per valutare le cure.

### Alla luce del nuovo Dsm quali consigli darebbe ai suoi colleghi?

La prima cosa è fare diagnosi corrette, tenendo conto dell'anamnesi, del contesto e di tutti i parametri, clinici e biologici ma anche psicodinamici, relazionali e psicosociali. Nell'adulto e a maggior ragione nel bambino bisogna inoltre provare tutte le altre strade, dalla psicoterapia alle tecniche di meditazione e di rilassamento, prima di arrivare ai farmaci; sempre se servono veramente e utilizzarli in modo corretto.

**Barbara Gobbi**  
**Manuela Perrone**

Lo zampino di Big Pharma dietro la bulimia da diagnosi



## LUTTO E DEPRESSIONE

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

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

## DIPENDENZE, GIOCO PATOLOGICO E INTERNET GAMING

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

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

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

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

## DISORDINI OSSESSIVO-COMPULSIVI

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

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

## DISTURBO DISREGOLATIVO DELL'UMORE

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

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