

RUNNING HEAD: GLI STRUMENTI DIAGNOSTICI DEL DSM 5.
ALESSANDRO ZENNARO
UNIVERSITA' DI TORINO

L'intero processo di revisione del Manuale Diagnostico e Statistico di Disturbi Mentali (DSM), durato ben 14 anni, è stato caratterizzato da un intenso dibattito su numerosi aspetti ed ambiti. Note sono le discussioni e le divergenze in merito ai Disturbi della Personalità, alla Sindrome Psicotica Attenuata, alla riorganizzazione dei Disturbi Generalizzati dello Sviluppo e a molto altro ancora. Uno dei problemi che più ha occupato la task force è stato il tentativo di mantenere al passo degli sviluppi scientifici dell'ultimo ventennio la classificazione dei disturbi mentali (Black & Grant, 2014). L'evoluzione dei criteri diagnostici doveva, infatti, necessariamente tenersi al passo con le recenti acquisizioni scientifiche, conseguenti all'impiego di nuovi strumenti per l'indagine dei fenomeni psicopatologici. Darrel A. Regier, il coordinatore della nuova edizione del DSM, designato nel 2000 dal NIMH, (Regier et Al., 2011) aveva incluso fra le questioni importanti da affrontare nella nuova versione:

1. l'aggiornamento della definizione di disturbo mentale;
2. l'aggiunta di criteri dimensionali alla diagnosi;
3. la separazione del concetto di disabilità rispetto all'assessment diagnostico;
4. la necessità di individuare le diverse espressioni dei disturbi psichici nell'arco di vita e
5. la necessità di considerare le diverse espressioni dei disturbi mentali a seconda del genere e delle variazioni culturali.

In questa sede ci soffermeremo a discutere il 2° punto, relativo all'implementazione della dimensionalità nei criteri diagnostici che avrebbero dovuto definire le diverse categorie di disturbi. Affronteremo questo argomento, tenendoci alla larga dal dibattito relativo all'opportunità o meno di introdurre tali valutazioni dimensionali nei criteri diagnostici, ma unicamente allo scopo di illustrare e discutere gli elementi di innovazione introdotti nella sezione III del manuale, in merito alle "proposte di nuovi modelli e strumenti di misurazione" (APA, 2013 pag. 733-759).

Gli strumenti diagnostici.

Uno dei principali aspetti innovativi del DSM5 è costituito dalle scale di valutazione proposte allo scopo di esaminare trasversalmente la sintomatologia del paziente e, successivamente, la gravità dei sintomi riportati. In generale, potremmo riassumere questi strumenti come articolati in più livelli:

Il primo è rappresentato dalla famiglia delle scale di valutazione dei sintomi trasversali di primo livello. Si tratta di 3 strumenti. (self report per adulti; guardian report per bambini/adolescenti fra i 6 ed i 17 anni e self report per soggetti fra gli 11 ed i 17 anni) che

indagano 13 domini psicopatologici (12 per i bambini/adolescenti) attraverso 23 domande (25 per i bambini/adolescenti). Tutte le scale, sia autosomministrate che non, sono costruite su 5 gradi, da 0= assente a 4=grave, e una valutazione di gravità 2 (lieve /per alcuni giorni) suggerisce l'opportunità di un approfondimento con le scale di valutazione dei sintomi trasversali di livello 2.

Le scale di valutazione dei sintomi trasversali di 2 livello sono finalizzate ad investigare la necessità di un ulteriore approfondimento più dettagliato. Si tratta di un ampio ventaglio di strumenti, perlopiù noti in letteratura e validati, finalizzati all'approfondimento di sintomi potenzialmente significativi ai fini della diagnosi. Anche in questo caso sono previste versioni degli strumenti autosomministrate e compilate da genitori/tutori, a seconda della fascia di età e del dominio sintomatologico impiegato. Ne costituiscono un esempio, fra gli altri, il Patient Health Questionnaire (PHQ-15) oppure la scala PROMIS.

A queste scale di valutazione della sintomatologia trasversale di 1 e 2 livello si assommano ulteriori e numerosi strumenti, sia di approfondimento della gravità sintomatologica che di indagine di ulteriori ambiti, potenzialmente utili ai fini della diagnosi finale.

Ai primi appartengono un corposo gruppo (anch'esso distinto per età e per tipologia di somministrazione, come nei livelli precedenti) di strumenti volti ad indagare la severità della sintomatologia presentata dai pazienti in alcuni domini psicopatologici (non in tutti). Si tratta, in gran parte, di scale costruite ad hoc dall'APA e volte ad approfondire la gravità della sintomatologia che costituisce i criteri per l'attribuzione delle categorie diagnostiche da indagare.

Gli strumenti proposti al fine di indagare altri aspetti non coincidenti con la sintomatologia trasversale oppure con la severità dei sintomi, sono invece scale proposte allo scopo di valutare, rispettivamente,;

- il grado di disabilità, attraverso l'impiego della WHODAS 2.0, in sostituzione della Valutazione Globale del Funzionamento (VGF che costituiva l'asse V del DSM dalle III edizione in poi);
- l'intervista per l'inquadramento culturale (IIC), proposta allo scopo di consentire al clinico di investigare gli aspetti culturali potenzialmente coinvolti in aspetti chiave del quadro clinico oppure del processo di cura. All'intervista "base" sono associabili ulteriori moduli di approfondimento finalizzati a particolari popolazioni cliniche, quali: adolescenti, anziani, rifugiati ecc.;

- le due scale (la prima, clinician-rated e la seconda parent-rated), volte ad indagare gli aspetti anamnestici e relativi al contesto familiare, sociale ed economico di bambini e minori in generale.

Consapevole della potenziale confusione ingenerata dai numerosi strumenti richiamati ai diversi livelli di indagine diagnostica, allego uno schema riassuntivo (Figura 1).

Prima di procedere con un commento conclusivo vorrei chiudere la presentazione con un richiamo all'ambito nel quale, più che in ogni altro, il dibattito relativo alla dimensionalità della diagnosi ha assunto un valore epistemologico oltre che clinico: quello dei Disturbi della Personalità. A tal proposito, infatti, il DSM 5 ha sviluppato una proposta nosografica curiosa, unica e probabilmente incomprensibile a coloro che non sono informati del feroce dibattito scaturito in seguito alla presentazione preliminare, sul sito APA, della revisione della classificazione dei DP. A fronte del rifiuto, da parte del Board of Trustee APA, di introdurre nel DSM 5 la proposta del Gruppo di Lavoro sui Disturbi di Personalità, il manuale è stato pubblicato con 2 proposte alternative: la prima esattamente identica alla classificazione dei Disturbi di Personalità proposta nelle versioni IV e IV TR (con l'eliminazione del sistema multiassiale e pochissime altre modifiche) e la seconda, sperimentale, inclusa nella sezione III, che tenta di combinare aspetti dimensionali, ai fini dell'attribuzione di una diagnosi di disturbo della personalità, caratterizzata da 6 categorie diagnostiche (D. Borderline, D. Ossessivo-Compulsivo, D. Evitante, D. Schizotipico, D. Antisociale e D. Narcisistico) più una categoria Tratto Specifica (PD-TS), che include le diagnosi di Disturbo della Personalità Paranoide, Istrionico, Schizoide e Dipendente, nonché tutte quelle condizioni che non sono diagnosticabili attraverso una delle 6 categorie sopra richiamate.

La ragione per la quale ci soffermiamo su tale aspetto del DSM 5 è la stretta relazione, introdotta dalla Task force, fra valutazione dei tratti e delle sfaccettature (facets) della personalità e l'individuazione della categoria diagnostica appropriata. In definitiva, l'approccio alternativo alla diagnosi di personalità combina aspetti categoriali e dimensionali fondandosi su 2 livelli di valutazione. Il primo è lo screening dei disturbi del funzionamento in 2 aree ritenute fondamentali per l'attribuzione di una diagnosi di disturbo della personalità: funzionamento del Sé (comprensivo di 2 elementi: Identità e Autodirezionalità) e funzionamento interpersonale (anch'esso costituito da 2 elementi: Empatia e Intimità). Tale valutazione viene effettuata attraverso l'impiego della Scala del livello di funzionamento della personalità, articolata su 4 livelli: 0-4. Per la diagnosi di D.P. è necessaria una compromissione

almeno di gravità 2= moderata. Il secondo livello è invece costituito dalla valutazione dei tratti di personalità patologici e viene condotta attraverso l'impiego di una famiglia di strumenti (Personality Inventory for DSM, PID-5) che indagano 5 tratti di personalità: Affettività Negativa, Distacco, Antagonismo, Disinibizione e Psicoticismo, a loro volta articolati in 25 aspetti o sfaccettature (APA, 2013 pagg 779-781). Il risultato di tale processo a 2 livelli sarà l'attribuzione di una delle 6 categorie diagnostiche di D.P. oppure la diagnosi di PD-TS in cui vengono specificati i tratti e le sfaccettature compromessi.

Conclusioni

Il DSM 5 è un'opera monumentale che tenta di combinare assieme innovazione e radicamento nella tradizione consolidata dalle edizioni precedenti. Tale duplicità si palesa in più aspetti e talvolta (spesso) si ha l'impressione che le esigenze di conservazione abbiano prevalso sulle ambizioni di ammodernamento e rigore scientifico. Nello specifico, il riconoscimento dei numerosi problemi connessi con alcuni aspetti delle precedenti edizioni, non paiono aver condotto gli estensori a proposte realmente esaustive dal punto di vista del rigore scientifico e dell'applicabilità clinica. Ancora, la trasparenza nelle scelte adottate è parsa carente e poco supportata dalle evidenze spesso sbandierate ed enunciate nelle diverse articolazioni del manuale. Fra gli aspetti poco comprensibili figura certamente la scelta di proporre alcuni (molti) strumenti volti all'indagine dimensionale di criteri e sintomi. Spesso si tratta di strumenti costruiti ad hoc, tautologicamente riferiti ai criteri che la polisemicità delle categorie diagnostiche aveva definito a priori, più che proposte di strumenti e metodi già consolidati da un ampio utilizzo clinico. Gli esempi in questo senso sono molti: tutti gli strumenti di 1° (Sintomi trasversali di 1 livello) e 3° (severità dei sintomi) livello sono nuovi, poco documentati dalla letteratura scientifica internazionale, scarsamente validati, e soprattutto autoreferenziali. Anche la scelta stessa di proporli nella III sezione appare discutibile e interpretabile come il riconoscimento della necessità di introdurre misure dimensionali senza avere il coraggio di imporle quali strumenti indispensabili per incrementare l'affidabilità delle attribuzioni diagnostiche; una sorta di "vorrei ma non posso" che paga il prezzo di un approccio alla diagnosi, in definitiva, obsoleto e arroccato sui capisaldi delle edizioni precedenti. L'impressione che se ne ricava è che le numerose scale saranno utilizzate, nella migliore delle ipotesi, dai ricercatori senza influire nella pratica clinica quotidiana che risulterebbe appesantita dalla combinazione di due logiche epistemologicamente compatibili (categoriale e dimensionale) ma praticamente inapplicabili.

Bibliografia

Black, Donald W., and Jon E. Grant. (2014). *DSM-5® Guidebook: The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Pub.

Regier, D. A., Narrow, W. E., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (Eds.). (2011). *The conceptual evolution of DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force . (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

**RUNNING HEAD: GLI STRUMENTI DIAGNOSTICI DEL DSM 5.
ALESSANDRO ZENNARO
UNIVERSITA' DI TORINO**

FIGURA	OBIETTIVO	STRUMENTI	BAMBINI 6-11	RAGAZZI 11-17	ADULTI
STRUMENTI DI LIVELLO	SCREENING	CROSS-CUTTING SYMPTOMS DI LIVELLO	PARENT REPORT	SELF REPORT	SELF REPORT
STRUMENTI DI LIVELLO	APPROFONDIMENTO DOMINI PSICOPATOLOGICI	SCALE PRESENTI IN LETTERATURA	PARENT REPORT PHQ-15 PROMIS SNAP-V ARI ASRMI NIDA ASSIST	SELF REPORT PHQ-15 PROMIS ARI ASRMI C-FOCI NIDA ASSIST	SELF REPORT PROMIS ASRMI PHQ15 FOCI NIDA ASSIST
STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELLA SEVERITA' DEL SINTOMO VALUTAZIONE GRAVITA'	SCALE AD HOC	CLINICIAN REPORT	AUTISM SPECTRUM AND SOCIAL COMMUNICATION DISORDER PSYCHOSIS SYMPTOMS SOMATIC SYMPTOMS DISORDER OPPOSITIONAL DEFiant DISORDER CONDUCT DISORDER NON SUICIDAL SELF INJURY	SELF REPORT DEPRESSION-CHILD SEPARATION-ANXIETY-CHILD SPECIFIC PHOBIA-CHILD SOCIAL PHOBIA-CHILD PANIC DISORDER-CHILD AGORAPHOBIA-CHILD GENERALIZED ANXIETY DISORDER-CHILD POSTTRAUMATIC STRESS SYMPTOMS-CHILD ACUTE STRESS SYMPTOMS-CHILD DISSOCIATIVE SYMPTOMS-CHILD PERSONALITY INVENTORY FOR DSM-BRIEF FORM-CHILD (PII) PERSONALITY INVENTORY FOR DSM-5-CHILD (PID-5);	SELF REPORT DEPRESSION-ADULT SEPARATION-ANXIETY-ADULT SPECIFIC PHOBIA-ADULT; SOCIAL PHOBIA-ADULT PANIC DISORDER-ADULT AGORAPHOBIA-ADULT GENERALIZED ANXIETY DISORDER-ADULT POSTTRAUMATIC STRESS SYMPTOMS-ADULT ACUTE STRESS SYMPTOMS-ADULT DISSOCIATIVE SYMPTOMS-ADULT PERSONALITY INVENTORY FOR DSM-BRIEF FORM (PID-5-BF); PERSONALITY INVENTORY FOR DSM-5 (PID-5); PERSONALITY INVENTORY FOR DSM-5-INFORMANT FORM (PID-5-IRF)
ALTRI STRUMENTI	VALUTAZIONE DEL CONTESTO ANAMNESI	SCALE AD HOC	EARLY DEVELOPMENT AND HOME BACKGROUND FOR PARENTS OF CHILDREN 6-17 EARLY DEVELOPMENT AND HOME BACKGROUND CLINICIAN REPORT	EARLY DEVELOPMENT AND HOME BACKGROUND CLINICIAN REPORT	
	VALUTAZIONE DISABILITA'			WHODAS 2.0	
	VALUTAZIONE INFLUENZE CULTURALI			CULTURAL FORMULATION INTERVIEW CULTURAL FORMULATION INTERVIEW INFORMANT VERSION SUPPLEMENTARY MODULES FOR CORE CULTURAL FORMULATION INTERVIEW	