

# **Petizione della Society for Humanistic Psychology e di altre 43 associazioni scientifiche americane e di altri paesi alla Task Force DSM-5 contro il rischio di medicalizzazione di condizioni fisiologiche**

Testo originale in inglese reperibile all'indirizzo web  
<http://www.ipetitions.com/petition/dsm5/>

## **Alla Task Force DSM-5 e alla American Psychiatric Association:**

Come è noto, il DSM è una componente centrale per la ricerca, per la formazione e per la pratica professionale della maggior parte degli psicologi abilitati negli Stati Uniti. Gli psicologi non sono solo destinatari e utilizzatori del manuale, ma sono anche produttori di ricerca originale su categorie diagnostiche definite dal DSM e sui loro correlati empirici. Psicologi operanti sia nel pubblico che nel privato utilizzano il DSM per concettualizzare, comunicare e supportare la propria attività clinica. Per queste ragioni, riteniamo che lo sviluppo e la revisione delle diagnosi DSM dovrebbe includere il contributo di psicologi, non solo come singoli individui selezionati entro un comitato, ma come comunità professionale. Abbiamo quindi deciso di offrire la risposta sotto riportata al progetto di sviluppo del DSM-5. Questo documento è stato redatto nella consapevolezza e con la sensibilità richieste dal rapporto organico di lunga data tra gli psicologi americani e i colleghi psichiatri.

### **Considerazioni generali**

Anche se noi ammiriamo i molti sforzi della Task Force DSM-5, soprattutto quelli per aggiornare il manuale in base alle nuove ricerche empiriche, abbiamo forti riserve su diverse proposte di modifica presenti sul sito [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org). Come spieghiamo dettagliatamente in seguito, siamo preoccupati per l'abbassamento della soglia di diagnosi per varie categorie di disturbi, per l'introduzione di disturbi che possono portare ad un trattamento medico inappropriato di sottopopolazioni vulnerabili e per proposte specifiche che appaiono prive di basi empiriche. Inoltre, mettiamo in discussione le modifiche proposte per la definizione di disturbo mentale che sottovalutano le variazioni socioculturali mentre enfatizzano le teorie biologiche. Alla luce della crescente evidenza empirica del fatto che la neurobiologia non spiega pienamente l'emergere del disagio mentale e di nuovi studi prospettici che dimostrano rischi a lungo termine del trattamento standard con sostanze psicotrope su basi neurobiologiche, crediamo che questi cambiamenti comportino rischi notevoli per i pazienti/clienti, per i singoli professionisti e per le professioni della salute mentale in generale. Dati i cambiamenti in atto nella professione e nella disciplina psichiatrica e nello stesso panorama empirico da cui le conoscenze psichiatriche si sviluppano, noi crediamo che, in questo particolare momento storico, sia importante far conoscere le nostre opinioni. Come affermiamo al termine di questa lettera, noi crediamo che sia giunto il momento per la psichiatria e la psicologia di esplorare insieme la possibilità di sviluppare un approccio alternativo alla concettualizzazione del disagio emotivo. Noi crediamo che i rischi posti dal DSM-5 come sopra evidenziati, non facciano che mettere in luce la necessità di un approccio empirico e descrittivo svincolato da precedenti modelli deduttivi e da precedenti teorie.

### **Più in dettaglio, la nostra risposta al DSM-5 è la seguente:**

#### **Progressi compiuti dalla DSM-5 Task Force**

Approviamo alcuni sforzi della DSM-5 Task Force, specialmente quelli messi in atto per risolvere il divario crescente tra il manuale attuale e il crescente corpo di conoscenze scientifiche sul disagio psicologico. In particolare, apprezziamo gli sforzi della Task Force per affrontare le limitazioni alla validità dell'attuale sistema, inclusi gli alti tassi di comorbidità, di Diagnosi Non Altrimenti Specificate (NAS) e il fallimento tassonomico nello stabilire "zone di rarità" tra presunti disturbi (Kendell & Jablensky, 2003). Siamo d'accordo con l'affermazione APA/DSM-5 Task Force che, da una prospettiva sistemica, "le categorie diagnostiche DSM-III basate su criteri sono state un importante passo avanti per la nostra area scientifica, ma ora rappresentano un freno al suo sviluppo perché il sistema non ha tenuto il passo con il pensiero attuale. I medici lamentano che l'attuale sistema DSM-IV si adatta male alla realtà clinica dei loro pazienti. I ricercatori sono scettici sul fatto che le attuali categorie DSM rappresentino una valida base per le indagini scientifiche e prove crescenti supportano questo scetticismo". (Schatzberg, Scully, Kupfer, e Regier, 2009). Come ricercatori e clinici, apprezziamo il tentativo di affrontare questi problemi. Tuttavia, abbiamo serie riserve sui mezzi proposti per farlo. Di nuovo, siamo preoccupati per le possibili conseguenze del nuovo manuale rispetto ai pazienti e consumatori, agli psichiatri, agli psicologi e ad altri professionisti, alla pratica forense, alle assicurazioni sanitarie e alle politiche di sanità pubblica. Le nostre specifiche riserve sono di seguito riportate.

## **Abbassamento delle soglie diagnostiche**

La proposta di abbassare le soglie diagnostiche è scientificamente prematura e comporta numerosi rischi. La sensibilità diagnostica è particolarmente importante dati i noti limiti e gli effetti collaterali di farmaci antipsicotici largamente diffusi. Aumentare il numero di persone con i criteri per una diagnosi può condurre ad un'eccessiva medicalizzazione e alla stigmatizzazione di forme di disagio transitorio e anche socialmente accettato. Tra l'altro, come suggerito, tra gli altri, dal presidente della DSM-IV Task Force Allen Frances (2010), l'abbassamento delle soglie diagnostiche comporta il rischio epidemiologico di scatenare epidemie di falsi positivi.

## **Siamo particolarmente preoccupati per:**

- la "Sindrome Psicotica Attenuata", [1] che descrive esperienze comuni nella popolazione generale e si sviluppa da un concetto di "rischio", con validità predittiva per la conversione in psicosi conclamata sorprendentemente bassa;
- la proposta di eliminare il lutto dai criteri di esclusione per il Disturbo Depressivo Maggiore [2] che attualmente previene la "patologizzazione" del dolore cioè di un normale processo di vita;
- la riduzione del numero dei criteri necessari per la diagnosi di Disturbo da Deficit di Attenzione, [3] diagnosi già soggetta a inflazione epidemiologica;
- la riduzione della durata dei sintomi e del numero di criteri necessari per la diagnosi di Disturbo d'Ansia Generalizzato. [4]

Anche se confidiamo nella perspicacia dei clinici, riteniamo che una profonda competenza nel processo di decisione clinica non sia onnipotente e che, soprattutto, non possa prevenire tendenze epidemiologiche derivanti da processi sociali e istituzionali. Noi crediamo che la protezione della società, compresa la prevenzione di finte epidemie, dovrebbe avere la priorità su esperimenti di nomenclatura.

## **Popolazioni vulnerabili**

Siamo anche molto preoccupati per l'introduzione di categorie di disturbi a rischio di abuso in sottogruppi particolarmente vulnerabili. Per esempio, il Disturbo Neurocognitivo Lieve [5] potrebbe

essere diagnosticato in anziani con prevedibile declino cognitivo, in particolare delle funzioni mnemoniche. Inoltre, bambini e adolescenti saranno particolarmente a rischio di ricevere una diagnosi di Disturbo da Disregolazione Turbolenta dell'Umore [6] o di Sindrome Psicotica Attenuata. Nessuno di questi disturbi ha una solida base nella letteratura e nella ricerca clinica, ed entrambi possono comportare un trattamento con neurolettici, che, come una crescente evidenza suggerisce, hanno effetti collaterali particolarmente pericolosi (vedi sotto) ed hanno già anche una storia di prescrizioni inappropriate a popolazioni vulnerabili, come i bambini e gli anziani.

## **Variazione socioculturali**

Il DSM-5 propone di cambiare la definizione di un disturbo mentale in modo che il punto E del DSM-IV: "Né un comportamento deviante (per es. politico, religioso o sessuale), né i conflitti principalmente riguardanti i rapporti tra l'individuo e la società sono disturbi mentali a meno che la devianza o il conflitto non siano un sintomo di una disfunzione dell'individuo"[7] si legga invece come segue: "Un disturbo mentale è una sindrome comportamentale o psicologica o una modalità che non è principalmente un risultato di devianza sociale o di conflitti con società". [8] Quest'ultima versione omette di dichiarare esplicitamente che il comportamento deviante e i conflitti primari tra l'individuo e la società non sono disturbi mentali. La nuova proposta si concentra invece, sul fatto che il disturbo mentale sia o no un "risultato" di devianza o conflitti sociali. Presa alla lettera, la versione DSM-5 suggerisce che il disturbo mentale possa essere il risultato di questi fattori purchè essi non ne siano la causa "primaria". In altre parole, questo cambiamento richiede al clinico di ricorrere ad una teoria eziologica soggettiva per dare un giudizio sulla causa dei problemi che gli si presentano. Si richiede inoltre al clinico di prendere una decisione sulla gerarchia di questi fattori causali, che poi determineranno (parzialmente) se il disturbo mentale sarà considerato presente o no. Data la mancanza di accordo sulle cause "primarie" di disagio mentale, il risultato di questa proposta potrà essere l'etichettamento della devianza socio-politica come disturbo mentale.

## **Revisioni degli attuali Raggruppamenti Diagnostici**

Anche altre diverse nuove proposte con evanescenti basi empiriche ci lasciano perplessi.

- Come accennato in precedenza, la Sindrome Psicotica Attenuata [9] e il Disturbo da Disregolazione Turbolenta dell'Umore (Disruptive Mood Disregulation Disorder: DMDD) [10] hanno discutibile validità diagnostica e la ricerca su questi presunti disturbi è relativamente recente ed incoerente.
- La proposta di revisione dei Disturbi di Personalità [11] è sconcertante. Sembra essere un sistema combinato categorico-dimensionale, complesso e stravagante, solo vagamente basato su ricerche scientifiche. E' particolarmente allarmante il fatto che un membro del gruppo di lavoro sui Disturbi di Personalità abbia pubblicamente descritto la proposta come "una miscela deludente e confusa di innovazione e conservazione dello status quo che è inconsistente, incoerente, poco pratica e, in certi punti, incompatibile con i fatti" (Livesley, 2010), e che, analogamente, il presidente della Task Force DSM-III Robert Spitzer abbia dichiarato che, di tutte le proposte problematiche, "probabilmente la più problematica è la revisione dei disturbi di personalità, dove si sono fatti importanti cambiamenti; e non tutti supportati da basi sperimentali"[12]
- Le Condizioni Proposte da Fonti Esterne [13] che sono allo studio per il DSM-5 contengono diverse categorie di disturbi infondate e discutibili. Ad esempio, la "Sindrome da Apatia," il "Disturbo da Dedizione a Internet " e la "Sindrome da Alienazione Parentale" non hanno praticamente alcuna base nella letteratura sperimentale.

## Nuova enfasi sulla teoria medico-fisiologica

I progressi nel campo delle neuroscienze, della genetica e della psicofisiologia hanno notevolmente migliorato la nostra comprensione del disagio psicologico. La rivoluzione neurobiologica è stata incredibilmente utile per concettualizzare le condizioni su cui lavoriamo. Eppure, anche dopo "il decennio del cervello", non c'è un solo marcatore biologico ("biomarker") che possa affidabilmente dare sostanza ad una categoria diagnostica DSM. Inoltre, gli studi empirici sull'eziologia sono spesso inconcludenti, indicando, nel migliore dei casi, un modello "diathesis-stress" con molteplici (e multifattoriali) determinanti e correlati. A dispetto di ciò, le modifiche proposte per certe categorie di Disturbi DSM-5 e per la definizione generale di Disturbo Mentale accentuano sottilmente la teoria biologica. In assenza di prove convincenti, siamo preoccupati che questa riconcettualizzazione del Disturbo Mentale in primo luogo come fenomeno medico possa avere conseguenze in campo scientifico, socio-economico e forense. Una nuova enfasi sulla teoria biologica si può trovare nelle seguenti proposte DSM-5.

- La prima delle revisioni proposte dal DSM-5 alla definizione di Disturbo Mentale trasforma il versatile Criterio D del DSM-IV: "Una manifestazione di una disfunzione comportamentale, psicologica o biologica dell'individuo" [14] in un condensato Criterio B: una sindrome comportamentale o psicologica "che riflette una sottostante disfunzione psicobiologica". [15] La nuova definizione sancisce che tutti i disturbi mentali rappresentano una sottostante disfunzione biologica. Crediamo che le prove empiriche di questa affermazione siano insufficienti.
- Il cambiamento per il criterio H alla voce "Altre Considerazioni" per la definizione di Disturbo Mentale aggiunge un paragone tra disturbi medici e Disturbi Mentali, senza discuterne le differenze. In particolare, la precisazione "nessuna definizione specifica adeguatamente confini precisi per il concetto di Disturbo Mentale" [16] è stata cambiata in "nessuna definizione specifica perfettamente confini precisi per i concetti di Disturbo Medico o Disturbo Mentale/Psichiatrico". [17] [18] Ciò trasforma di fatto una affermazione mirante a chiarire i limiti concettuali di Disturbo Mentale in una che equipara fenomeni medici e fenomeni mentali.
- Siamo perplessi per le proposte di "de-enfatizzare i sintomi non spiegabili dal punto di vista medico" nei Disturbi con Sintomi Somatici (Somatic Symptom Disorders, SSDs) e di riclassificare il Disturbo Fittizio come un SSD. Il gruppo di lavoro SSD spiega: "... a causa dell'implicito dualismo mente-corpo e dell'inaffidabilità dell'inquadramento di sintomi non spiegabili dal punto di vista medico questi sintomi non sono più considerati aspetti chiave di molti di questi Disturbi". [19] Non siamo d'accordo che ipotizzare spiegazioni mediche per questi sintomi risolverà il problema filosofico del dualismo cartesiano inerente al concetto di "malattia mentale." Inoltre, la fusione di ciò che è medico-fisico con ciò che è psicologico sradica le basi concettuali e storiche dei fenomeni somatoformi, che sono per definizione sintomi somatici non riconducibili a condizioni mediche. Se tale ridefinizione sembra dare a questi sintomi un solido fondamento medico-fisiologico, crediamo che la mancanza di prove empiriche per questa scelta possa confondere il clinico tanto quanto il paragone tra questi Disturbi e la ricerca sul cancro e sulle malattie cardiovascolari e respiratorie. [20]
- La proposta di riclassificazione del Disturbo da Deficit dell'Attenzione/ Iperattività (ADHD) da "Disturbo Generalmente Diagnostico per la prima volta nell'Infanzia o Adolescenza" al nuovo raggruppamento "Disturbi del Neurosviluppo" sembra suggerire che l'ADHD abbia una base neurologica definitiva. Questo cambiamento, in combinazione con la proposta di abbassare la soglia diagnostica per questa categoria come descritto in precedenza, pone ad alto rischio di esacerbare l'attuale sovra-medicalizzazione e sovra-diagnosi di questa categoria di disturbi.
- Una recente pubblicazione della Task Force, "L'Evoluzione Concettuale del DSM-5" (Regier, Stretto, Kuhl, & Kupfer, 2011), afferma che l'obiettivo primario del DSM-5 è

"produrre criteri diagnostici e categorie di disturbi al passo con i progressi delle neuroscienze". [21] Noi crediamo che l'obiettivo primario del DSM-5 dovrebbe essere quello di tenere il passo con i progressi in tutti i tipi di conoscenza empirica (ad esempio, psicologica, sociale, culturale, ecc.)

Presi insieme, i cambiamenti proposti sembrano discostarsi dal trentennale atteggiamento "ateoretico" del DSM in favore di un modello fisiopatologico. Questa mossa sembra trascurare il crescente disincanto verso teorie strettamente neurobiologiche dei disturbi mentali (ad esempio, le teorie dello "squilibrio chimico" come la teoria dopaminergica della schizofrenia e la teoria serotoninergica della depressione), come pure il generale fallimento del modello neo-Kraepeliniano [22] di validazione della malattia psichiatrica. O per usare le parole della Task Force: "...la ricerca epidemiologica, neurobiologica, interculturale e comportamentale di base condotta dal DSM-IV in poi ha suggerito che la dimostrazione di validità del costrutto di molte di queste strette categorie diagnostiche (come previste in particolare da Robins e Guze) rimarrà un obiettivo irraggiungibile" (Kendler, Kupfer, Stretto, Phillips, e Fawcett, 2009, p. 1). Noi quindi crediamo che un passo verso la teoria biologica sia una diretta contraddizione dell'evidenza che la psicopatologia, a differenza della patologia medica, non possa essere ridotta a segni fisiologici patognomici o a una serie di biomarcatori. Inoltre, una crescente evidenza suggerisce che i farmaci psicotropi, benchè non correggano necessariamente gli squilibri chimici, esponano a notevoli rischi iatrogeni. Per esempio, i sempre più popolari neurolettici, anche se utili per molte persone nel breve periodo, esponono a lungo termine a rischi quali obesità, diabete, disturbi del movimento, declino cognitivo, peggioramento dei sintomi psicotici, riduzione del volume cerebrale e riduzione della speranza di vita. (Ho, Andreasen, Ziebell, Pierson, e Magnotta, 2011; Whitaker, 2002, 2010). Infatti, mentre la neurobiologia non può spiegare completamente l'eziologia dei disturbi definiti dal DSM, aumentano le prove longitudinali che suggeriscono una notevole alterazione del cervello nel corso del trattamento psichiatrico.

## Conclusioni

In sintesi, abbiamo serie riserve sui contenuti proposti nel futuro DSM-5, in quanto riteniamo che le nuove proposte rischino di esacerbare i vecchi problemi dell'attuale sistema. Molte delle nostre riserve, inclusi alcuni problemi sopra descritti, sono già state articolate nella risposta ufficiale al DSM-5 della British Psychological Society (BPS, 2011) e nel comunicato e-mail della American Counseling Association (ACA) ad Allen Frances (Frances, 2011b).

Alla luce delle perplessità sopra elencate sulle proposte di modifica DSM-5 noi ci dichiariamo d'accordo con la BPS sui seguenti punti :

- "... i clienti e il pubblico in generale sono negativamente colpiti dalla medicalizzazione continua e costante di naturali e normali risposte ad esperienze di vita; risposte che, senza dubbio, hanno conseguenze dolorose che richiedono risposte d'aiuto ma che non sono il riflesso di malattie quanto piuttosto di normale variabilità individuale . "
- "Le diagnosi putative presentate nel DSM-V sono chiaramente in gran parte basate su norme sociali, con "sintomi" completamente fondati su giudizi soggettivi, solo minimamente confermati da "segni" fisici o da dimostrate cause biologiche. I criteri utilizzati non sono indipendenti dai valori, ma piuttosto riflettono le correnti aspettative basate su norme sociali".
- "... Sistemi (tassonomici) di questo tipo si basano sulla identificazione dei problemi in quanto inerenti a fattori interni al singolo individuo. Ciò trascura il contesto relazionale e la innegabile origine sociale di molti di questi problemi."
- C'è bisogno di "una revisione del modo di pensare il disagio mentale partendo dal riconoscimento delle prove schiaccianti che esso fa parte di un unico spettro comprendente l'esperienza normale", e dal fatto che fattori causali fortemente evidenti sono "condizioni psicosociali come la povertà, la disoccupazione e il trauma ".

- Un sistema empirico ideale di classificazione non dovrebbe basarsi su teorie del passato, ma piuttosto dovrebbe "iniziare dalla base a partire da esperienze specifiche, problemi o “sintomi” o “critiche”.

L'attuale periodo di sviluppo del DSM-5 può offrire una opportunità unica per affrontare questi dilemmi, soprattutto in considerazione la volontà della Task Force di riconcettualizzare l'architettura generale della tassonomia psichiatrica. Tuttavia, riteniamo che le proposte presentate sul sito [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org) abbiano più probabilità di esacerbare che di mitigare problemi di lunga data. Condividiamo con la BPS le speranze per un approccio futuro più induttivo e descrittivo e ci uniamo ad essa nell'offerta di partecipazione e guida nel processo di revisione.

Traduzione a cura di

Mariagrazia Fasoli

Specialista in Farmacologia Clinica, Psicoterapeuta

Direttore SERT 2 ASL Brescia

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2011). DSM-5 Development. Retrieved from <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- British Psychological Society. (2011) Response to the American Psychiatric Association: DSM-5 development. Retrieved from
  - [http://apps.bps.org.uk/\\_publicationfiles/consultationresponses/DSM-5%202011%20-%20BPS%20response.pdf](http://apps.bps.org.uk/_publicationfiles/consultationresponses/DSM-5%202011%20-%20BPS%20response.pdf)
- Compton, M. T. (2008). Advances in the early detection and prevention of schizophrenia. *Medscape Psychiatry & Mental Health*. Retrieved from
  - <http://www.medscape.org/viewarticle/575910>
- Frances, A. (2010). The first draft of DSM-V. *BMJ*. Retrieved from <http://www.bmj.com/content/340/bmj.c1168.full>
- Frances, A. (2011a). DSM-5 approves new fad diagnosis for child psychiatry: Antipsychotic use likely to rise. *Psychiatric Times*. Retrieved from <http://www.psychiatristimes.com/display/article/10168/1912195>
- Frances, A. (2011b). Who needs DSM-5? A strong warning comes from professional counselors [Web log message]. *Psychology Today*. Retrieved from <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201106/who-needs-dsm-5>
- Hanssen, M., Bak, M., Bijl, R., Vollebergh, W., & van Os, J. (2005). The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 181-191.
- Ho, B-C., Andreasen, N. C., Ziebell, S., Pierson, R., & Magnotta, V. (2011). Long-term antipsychotic treatment and brain volumes. *Archives of General Psychiatry*, 68, 128-137.
- Johns, L. C., & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21, 1125-1141.
- Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 4-11.
- Kendler, K., Kupfer, D., Narrow, W., Phillips, K., & Fawcett, J. (2009, October 21). Guidelines for making changes to DSM-V. Retrieved August 30, 2011, from [http://www.dsm5.org/ProgressReports/Documents/Guidelines-for-Making-Changes-to-DSM\\_1.pdf](http://www.dsm5.org/ProgressReports/Documents/Guidelines-for-Making-Changes-to-DSM_1.pdf)
- Livesley, W. J. (2010). Confusion and incoherence in the classification of Personality Disorder: Commentary on the preliminary proposals for DSM-5. *Psychological Injury and Law*, 3, 304-313.

- Moran, M. (2009). DSM-V developers weigh adding psychosis risk. *Psychiatric News Online*. Retrieved from <http://psychnews.psychiatryonline.org/newsarticle.aspx?articleid=112801>
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2011). *The conceptual evolution of DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Schatzberg, A. F., Scully, J. H., Kupfer, D. J., & Regier, D. A. (2009). Setting the record straight: A response to Frances commentary on DSM-V. *Psychiatric Times*, 26. Retrieved from <http://www.psychiatrytimes.com/dsm/content/article/10168/1425806>
- Whitaker, R. (2002). *Mad in America*. Cambridge, MA: Basic Books. Also see <http://www.madinamerica.com/madinamerica.com/Schizophrenia.html>
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic*. New York, NY: Random House.