

La nosografia psichiatrica contemporanea

Prof. Antonio del Casale

*Professore di II fascia di Psichiatria
Sapienza Università di Roma*

Facoltà di Medicina e Psicologia

*Dipartimento di Psicologia
Dinamica e Clinica*





International Classification of Diseases

La storia dell'ICD

- L'Istituto Internazionale di Statistica, durante il suo convegno del 1891 a Vienna, ha affidato il compito di preparare una classificazione delle cause di morte ad un comitato diretto da Jacques Bertillon (1851-1922), Capo dei Servizi Statistici della Città di Parigi
- L'elenco fu presentato nel 1893 e ha costituito la base della prima classificazione internazionale delle malattie (ICD) come *International List of Causes of Death* e, più tardi, come *International Classification of Causes of Sickness and Death*
- I disturbi mentali o psichiatrici erano assenti nelle prime cinque edizioni, revisionate circa ogni dieci anni (1900, 1910, 1920, 1929, 1938)
- La classificazione, sin dalla sua prima stesura, fu presto adottata dalla maggior parte dei paesi



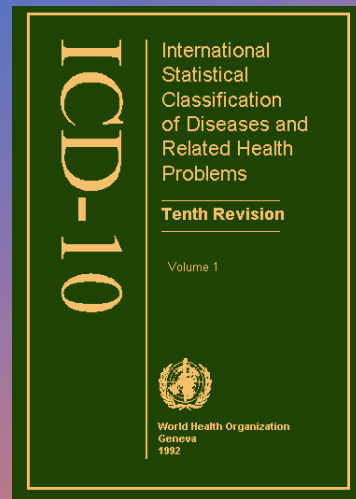
I disturbi mentali nell'ICD dell'OMS

+



- Compagno per la prima volta nella 6a versione dell'International Classification of Diseases (ICD-6), pubblicato nel 1948 dall'Organizzazione Mondiale della Salute (World Health Organization, Ginevra [CH])
- La sezione dei disturbi mentali nelle successive edizioni è sempre stata presente, espandendosi notevolmente nelle successive edizioni (ICD-7, 1955; ICD-8, 1965; ICD-9, 1977)
- Nell'ultima versione (ICD-10, 1992-1993) vi è stato un tentativo deliberato degli estensori di ravvicinare questo sistema diagnostico al DSM-IV
- Tuttavia, questa versione non è stata immediatamente adottata su larga scala perché la precedente versione (ICD-9) era stata ampiamente informatizzata e adottata dai servizi su scala internazionale, creando problemi per l'adeguamento





Il ponte tra ICD-9 e ICD-10

Tra l'ICD-9 e l'ICD-10 esistono notevoli differenze. Alcuni esempi sono i seguenti:

- Codici solo alfanumerici per il secondo, invece che semplici numerici, come nel primo
- Condizioni spostate in altre sezioni (ad esempio, l'emorragia dal sistema circolatorio ai segni e sintomi)
- Dettagli espansi per le singole condizioni (ad esempio, l'epatite virale, da un singolo codice attribuito nell'ICD-9, a cinque possibili codici)
- Eliminazione di codici obsoleti (ad esempio, "errori e incidenti nelle cure mediche")
- Creazione di nuove categorie (ad esempio, condizioni che non sono malattie, ma fattori di rischio [lavorativi, ambientali, stili di vita, circostanze psico-sociali])



News & Trends

October 2004 - **Healthcare
Informatics**

CLASSIFICATION CODES

ICD-9-CM: An uphill struggle

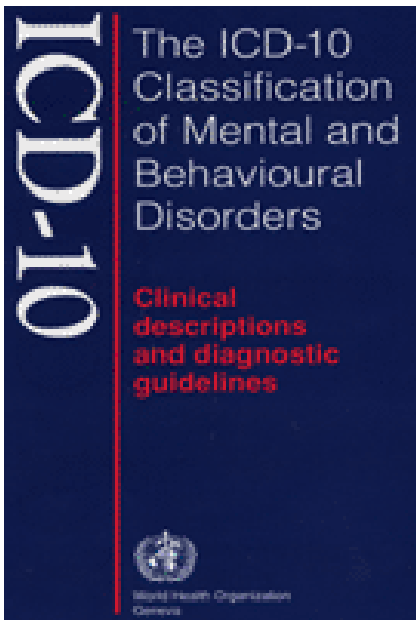
Not unlike the stale piece of cheese in the fridge that no one has the courage to remove, version 9 of the clinical modification of the International Classification of Diseases codes (ICD-9-CM) long ago passed its expiration date. That might not be a problem, except that the code is the basis of the prospective payment system, upon which is built the foundation for U.S. healthcare reimbursements.

The screenshot shows the DIMDI website interface. At the top, there is a blue header with the DIMDI logo and the text 'German Institute of Medical Documentation and Information' and 'Within the Scope of the Federal Ministry of Health and Social Security'. Navigation links include 'Home', 'German', 'Search', 'Sitemap', and 'Pres'. A search bar is present with the text 'preview Literature Search: enter search term'. Below the header is a dark blue navigation bar with tabs for 'DIMDI', 'Classification', 'Databases', 'Doctor+Patient', 'Drugs', 'eHealth', 'HTA', and 'Medical Device'. A 'Print vers' link is visible on the right. On the left, a vertical menu lists 'News', 'Download', 'Diagnoses', '» ICD-10', and '» ICD-10 Thesaurus'. The main content area displays the title 'Crosswalks between ICD-9 and ICD-0' and a sub-heading 'Problems of the transition from ICD-9 to ICD-10'. The text below discusses the challenges of transitioning from ICD-9 to ICD-10, mentioning the need for crosswalks and the difficulty of handling data from the old system.

Le difficoltà di
convertire le codifiche
ICD-9 in ICD-10

- I tentativi di convertire i dati rilevati con il sistema vecchio in dati conformi al nuovo sistema di classificazione nosografica sono finora stati infruttuosi; l'ICD-9 è ancora utilizzato negli USA e in Italia; in USA, si era previsto il passaggio all'ICD-10 nel 2001.
- Tuttavia, ancora oggi non sono pronti i sistemi informatici adatti e i problemi legati all'uso dell'ICD-9 persistono

La crescente importanza relativa della psichiatria nell'ambito dell'ICD



GB

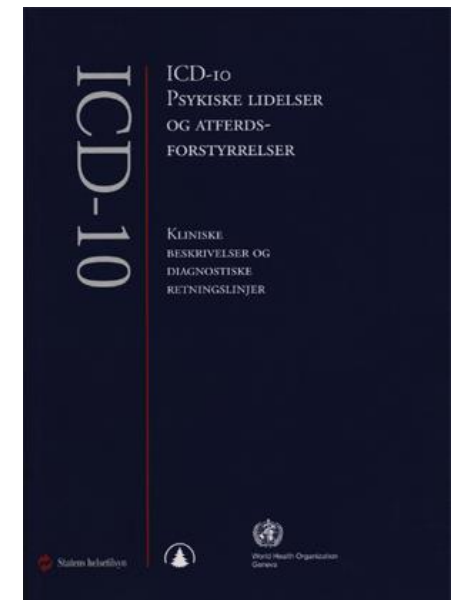


YU

- L'ICD-10 ha presentato i disturbi mentali e comportamentali anche in un volume separato, fatto che indica la relativa importanza assunta dalla psichiatria nell'ambito della medicina
- Questo volume è stato tradotto in diverse lingue



NL



Sv



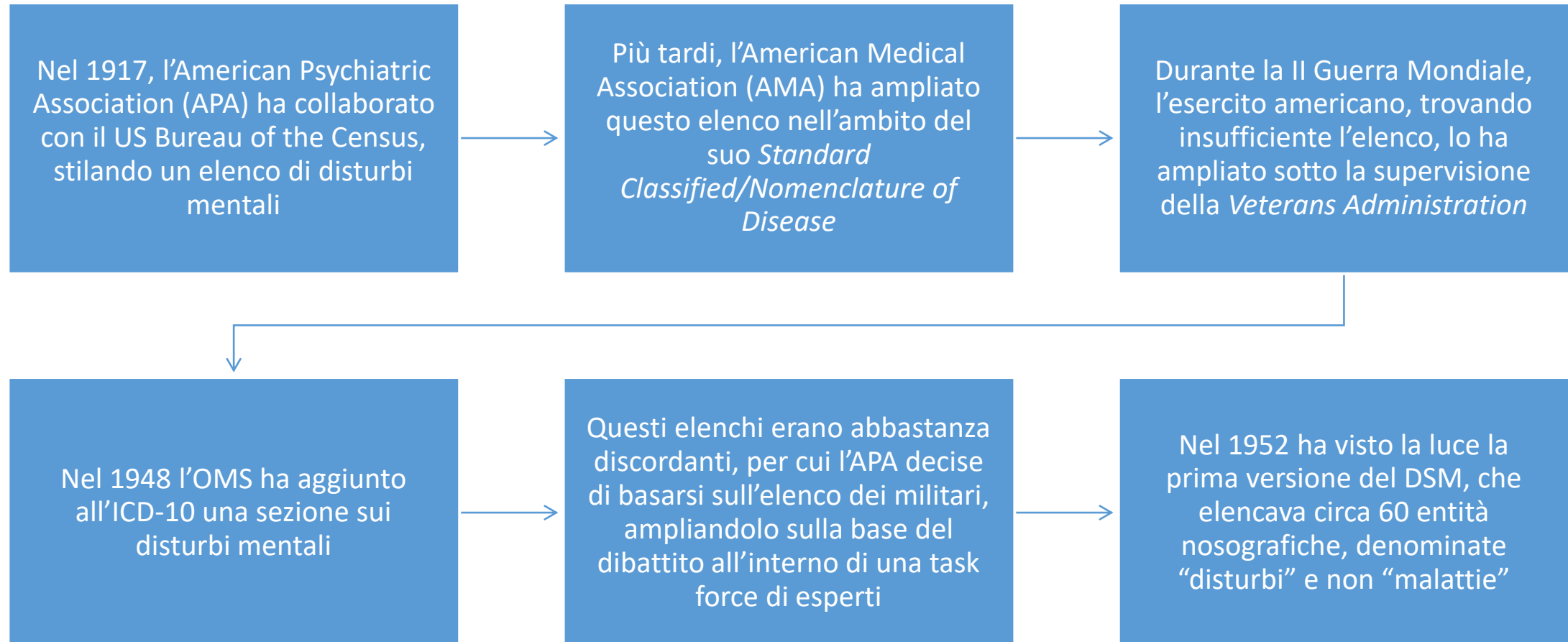


La versione informatica dell'ICD-10

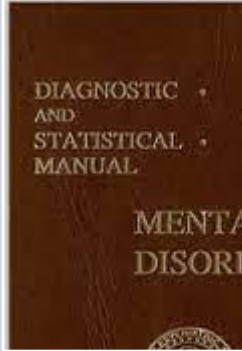
- È in inglese e si trova sul sito
 - <http://www3.who.int/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm>
- Anche l'ICD-9 in inglese è accessibile previa registrazione gratuita al sito
 - <http://www.eICD.com>
- Molti servizi in Italia sono provvisti di cartelle cliniche informatizzate che richiedono codici ICD-9, offrendo la possibilità di ricerca dei codici



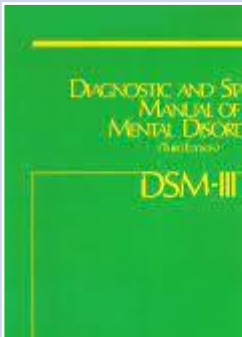
Le origini del Diagnostic and Statistical Manual (DSM)



L'evoluzione del DSM



Il DSM-I e il successivo DSM-II (1968), molto più ampio e articolato del primo, avevano un'impronta psicomodinamica che andava ad affondare le radici alla tradizione meyeriana della psichiatria americana



Il DSM-II comprendeva l'omosessualità tra i suoi disturbi; la task force del DSM-III, che aveva deciso di adottare un approccio "ateoretico" (ma piuttosto neokraepeliniano nella sostanza) la tolse dopo votazione



Adolf Meyer (1866-1950)



**Emil Kraepelin
(1856-1926)**



La transizione dal DSM-II al DSM-III

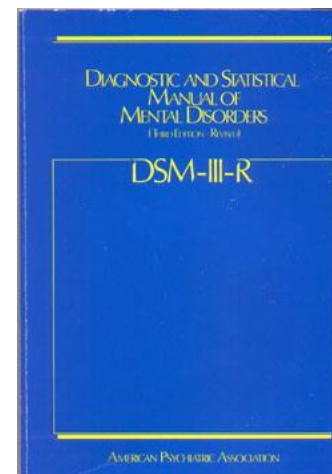
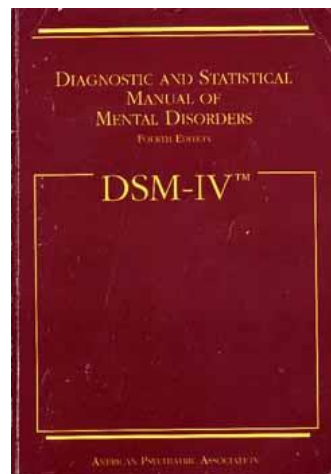
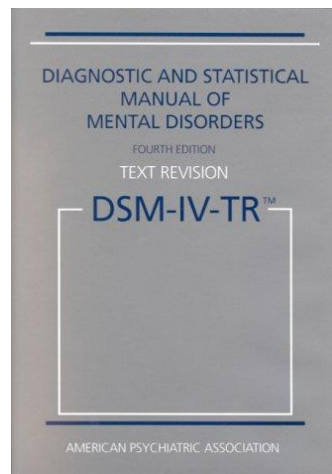
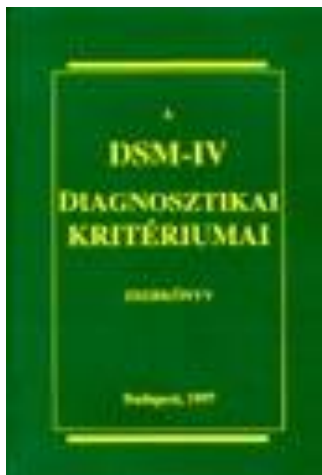
Da una posizione eziopatogenetica ci si è spostati ad una puramente descrittiva, con apparente astensione dal pronunciarsi su eventuali cause



Quello che prima poteva essere configurato come “reazione” ad un evento è andato ad arricchire la lunga serie di “disturbi”

l'importanza degli stimoli ambientali scatenanti nella genesi o nell'espressione del disturbo è stata mantenuta

è stato dedicato un intero asse (IV) per questi stimoli (“eventi”)



Il DSM “ateoretico”

Il DSM-III fu pubblicato nel 1980 e la sua revisione (DSM-III-R) nel 1987

Task Force coordinata da Robert Spitzer

Tra le maggiori innovazioni del DSM-III e DSM-III-R sono state l'**abolizione del termine isteria** (che è stato smembrato e fatto confluire in tre diversi gruppi di disturbi), l'**abolizione del termine nevrosi**, la costituzione di **cinque assi**

Il DSM-IV fu pubblicato nel 1994 e la sua revisione DSM-IV-TR nel 2000

Task Force coordinata principalmente da Allen Frances

Il DSM-IV ha mantenuto la filosofia generale del DSM-III, ma ha tentato un **avvicinamento alla terminologia dell'ICD-10**, in preparazione durante lo stesso periodo di tempo

Caratteristiche del DSM-IV

- Si è sviluppato attraverso un dibattito tra più di 1000 studiosi americani e non
- Si basa su uno studio empirico, sistematico dell'evidenza (rianalisi e metanalisi dei dati, rassegne della letteratura, prove sperimentali)
- Si accompagna da un *Sourcebook*, in tre volumi, che contiene tutto il rationale e le fonti di documentazione a sostegno dei criteri
- Pone maggiore enfasi sulla cultura, l'età, l'etnia, il genere, sul ruolo dell'uso di sostanze e delle condizioni mediche generali nella valutazione e nella diagnosi psichiatrica



Caratteristiche del DSM-IV

Sistema di classificazione più utilizzato in psichiatria e nelle perizie in ambito forense


Analogo all'ICD-10 dell'OMS

Definizione descrittiva con criteri di inclusione e di esclusione

Sono ricompresi aspetti descrittivi (qualitativi) ed aspetti quantitativi



IL SISTEMA MULTIASSIALE

- Nel DSM-IV TR ogni disturbo mentale è descritto come sindrome o modello comportamentale o psicologico, che abbia rilevanza clinica che comporta disagio (*es.* dolore), disabilità (*es.* compromissione in 1 o più aree importanti di funzionamento), un aumento dei rischi di morte, disabilità o notevole limitazione della libertà.
- 

ASSE 1: DISTURBI CLINICI (ed altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica).

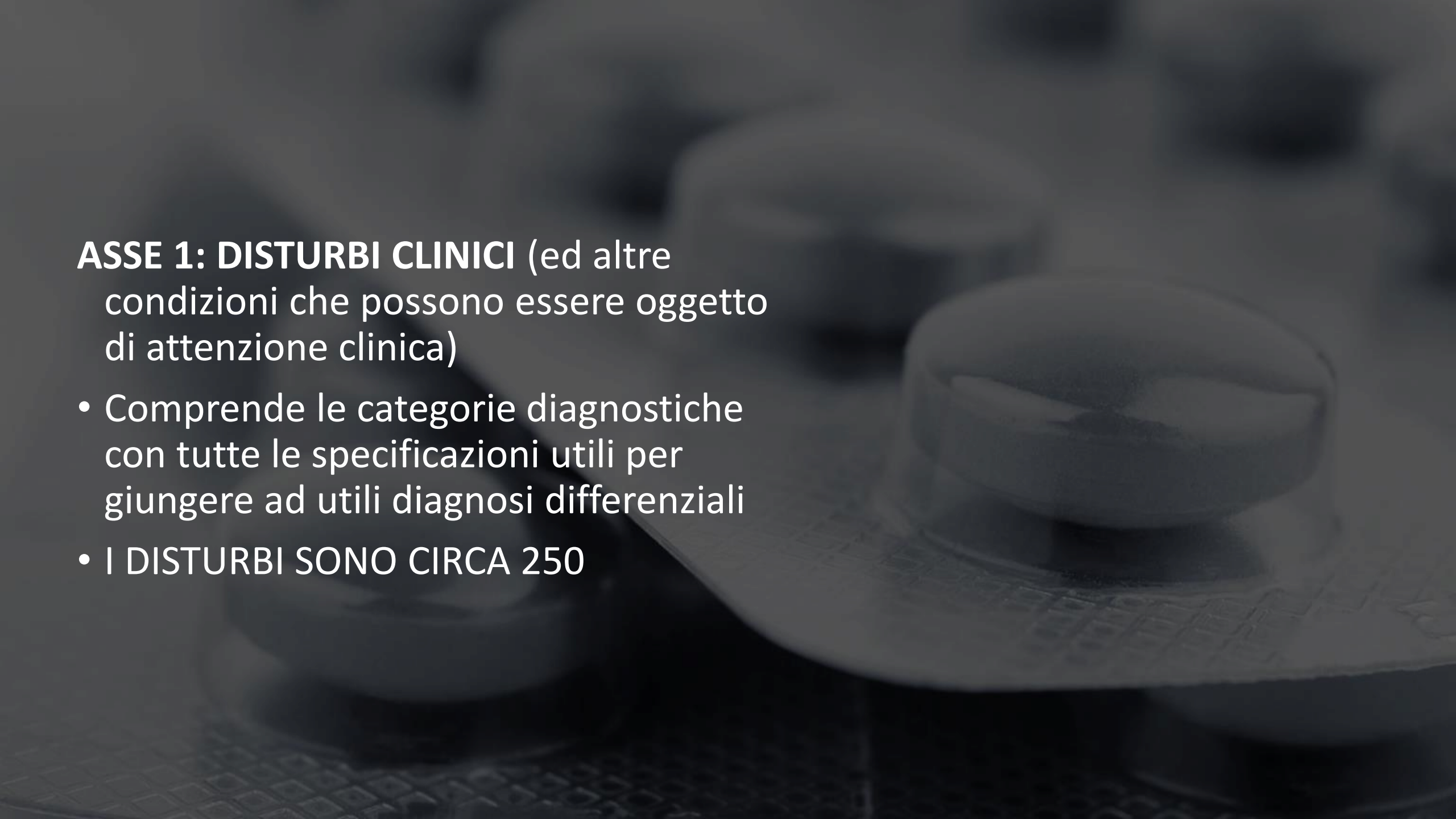
ASSE 2: DISTURBI DI PERSONALITA' E RITARDO MENTALE

ASSE 3: CONDIZIONI MEDICHE GENERALI

ASSE 4: PROBLEMI PSICOSOCIALI ED AMBIENTALI

ASSE 5: VALUTAZIONE GLOBALE DEL FUNZIONAMENTO





ASSE 1: DISTURBI CLINICI (ed altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica)

- Comprende le categorie diagnostiche con tutte le specificazioni utili per giungere ad utili diagnosi differenziali
- I DISTURBI SONO CIRCA 250



ASSE 2: DISTURBI DI PERSONALITA' E RITARDO MENTALE

- Questo asse può essere utilizzato per annotare importanti caratteristiche di personalità o meccanismi di difesa maladattivi
- 12 DISTURBI DI PERSONALITA', TRA LORO SPESSO ASSOCIATI
- 4 GRADI DI RITARDO MENTALE

ASSE 3: CONDIZIONI MEDICHE GENERALI

- Importanza dei settori di interfaccia quali la psicosomatica e la somatopsichica, oltre che alle indicazioni fornite dall'incessante progresso delle neuroscienze
- 45 PATOLOGIE



ASSE 4: PROBLEMI PSICOSOCIALI ED AMBIENTALI

- Problemi con il gruppo di controllo
- Problemi legati all'ambiente sociale.
 - Problemi di istruzione
 - Problemi lavorativi
 - Problemi abitativi
 - Problemi economici
- Problemi di accesso ai servizi sanitari
 - Problemi legali
- Problemi psicosociali ed ambientali

Per ognuna di queste categorie, se presenti, sono richieste specificazioni. CENTINAIA DI POSSIBILI INDICAZIONI.

ASSE 5: SCALA DI VALUTAZIONE GLOBALE DEL FUNZIONAMENTO

- In questa scala 100 riguarda il pieno adattamento, 1 una situazione di grave rischio per la vita, con 0 si indica la mancanza di elementi di valutazione.
- VALUTAZIONE SU 100 POSSIBILI GRADI



Se si combinano tra loro

- 250 disturbi asse 1 che possono presentarsi associati,
 - 16 disturbi in asse 2 che possono presentarsi associati,
 - 45 patologie in asse 3,
 - Centinaia di variabili in asse 4 e
 - 100 gradi di variabilità in asse 5,
- abbiamo **oltre cento miliardi di possibili diagnosi**

Le novità del DSM-5 (APA, 2013)

Impostazione generale e principi del DSM-5

- Abolito il sistema Multiassiale.
- Assi I, II e III del DSM IV TR vengono accorpati.
- Il Global Assessment of Functioning (asse V DSM-IV) viene sostituito con la WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS) che si basa sulla International Classification of Functioning Disability and Health (ICFDH).
- Abolita la divisione fra disturbi dell'infanzia e dell'età adulta. La diagnosi si estende all'intero corso della vita. La sintomatologia varia durante il corso della vita.
- Promosso un approccio dimensionale utile per migliorare la validità delle diagnosi. Di fatto viene mantenuta una impostazione di tipo categoriale.
- Potenziato il concetto di spettro (connettore fra patologie contigue con limiti sfumati, spesso identificate tramite l'individuazione di clusters di sintomi).
- Modello alternativo del DSM-5 per i Disturbi di Personalità (Level of Personality Function).

Le novità del DSM-5

Disturbi del neurosviluppo

- Nel DSM-IV veniva utilizzato il termine *ritardo mentale*.
- Tuttavia, **disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo)** è il termine divenuto di uso comune negli ultimi vent'anni tra medici, insegnanti e altri professionisti, nonché presso il grande pubblico e i gruppi di tutela della salute.
- I criteri diagnostici mettono in evidenza la necessità di una valutazione sia della capacità cognitiva (QI) sia del funzionamento adattivo. La gravità è determinata più dal funzionamento adattivo che dal punteggio QI.



Le novità del DSM-5

Disturbi del neurosviluppo

- I **disturbi della comunicazione**, che sono stati rinominati a partire dal disturbo della fonazione e dalla balbuzie del DSM-IV, comprendono:
 - il **disturbo del linguaggio** (che unisce i precedenti disturbo della espressione del linguaggio e disturbo misto della espressione e della ricezione del linguaggio),
 - il **disturbo fonetico-fonologico** (in precedenza, disturbo della fonazione)
 - il **disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia** (in precedenza, balbuzie).
- È compreso anche il **disturbo della comunicazione sociale (pragmatica)**, una nuova condizione che comporta persistenti difficoltà nell'uso sociale della comunicazione verbale e non verbale.



Le novità del DSM-5

Disturbi del neurosviluppo

- Il **disturbo dello spettro dell'autismo** riunisce il disturbo autistico (autismo), il disturbo di Asperger, il disturbo disintegrativo dell'infanzia, il disturbo di Rett e il disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato, precedentemente descritti nel DSM-IV.
- È caratterizzato da deficit in due ambiti principali:
 - deficit nella comunicazione sociale e nelle interazioni sociali e
 - pattern di comportamento, interessi e attività limitati e ripetitivi.

Le novità del DSM-5

Disturbi del neurosviluppo

- Molti cambiamenti sono stati apportati ai criteri diagnostici del **disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI)**.
- Sono stati aggiunti degli esempi alle voci del criterio per facilitare l'applicazione nell'arco di vita
- La descrizione dell'età di esordio è stata modificata (da “alcuni sintomi di iperattività-impulsività o di disattenzione che causano menomazione devono essere stati presenti prima dei 7 anni di età” a “diversi sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività erano presenti prima dei 12 anni”)
- I sottotipi sono stati sostituiti da specificatori della manifestazione che corrispondono direttamente ai sottotipi precedenti
- ora è permessa una diagnosi in comorbilità con un disturbo dello spettro dell'autismo
- per gli adulti è stata modificata la soglia sintomatologica, a riflettere l'evidenza sostanziale di una compromissione da DDAI clinicamente significativa, con il cutoff per DDAI di cinque sintomi, invece dei sei richiesti per gli individui più giovani, sia per la disattenzione sia per l'iperattività e l'impulsività.

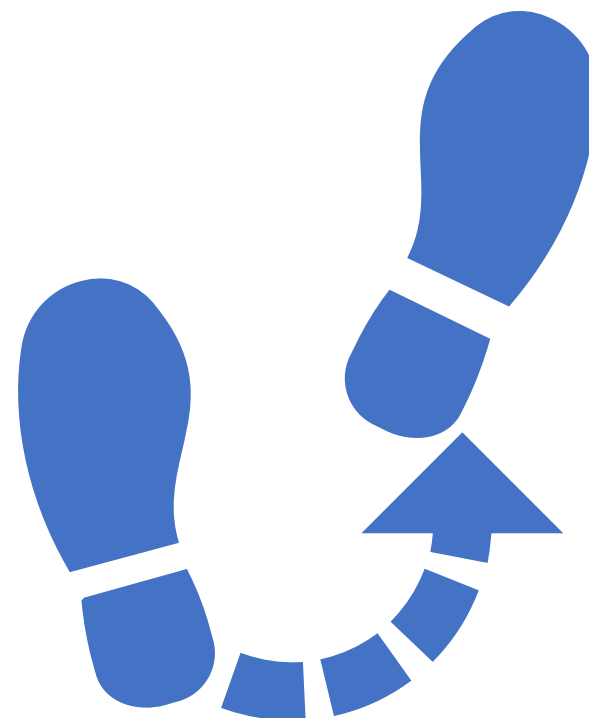


Le novità del DSM-5

Disturbi del neurosviluppo

- Nel DSM-5 sono compresi i seguenti **disturbi del movimento**:
- disturbo dello sviluppo della coordinazione
- disturbo da movimento stereotipato
- disturbo di Tourette
- disturbo persistente (cronico) da tic motori o vocali
- disturbo transitorio da tic
- disturbo da tic con altra specificazione
- disturbo da tic senza specificazione.

I criteri dei tic sono stati standardizzati trasversalmente a tutti questi disturbi.





Le novità del DSM-5

Disturbi del neurosviluppo

- Il **disturbo specifico dell'apprendimento** unisce le diagnosi del DSM-IV di disturbo della lettura, disturbo del calcolo, disturbo dell'espressione scritta e disturbo dell'apprendimento non altrimenti specificato.
- I deficit di apprendimento nelle aree della lettura, dell'espressione scritta e del calcolo sono codificati come specificatori separati.
- Nel testo si specifica che alcuni tipi di deficit di lettura vengono descritti a livello internazionale come *dislessia* e alcuni tipi di deficit matematici come *discalculia*.

Le novità del DSM-5

Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici

- Sono stati operati due cambiamenti al Criterio A per la **schizofrenia**: 1) l'eliminazione dell'attribuzione speciale di deliri bizzarri e allucinazioni uditive schneideriane di primo ordine (per es., due o più voci che conversano), che porta alla richiesta di almeno due sintomi del Criterio A per una diagnosi di schizofrenia, e 2) l'aggiunta della richiesta che almeno uno dei sintomi del Criterio A debba essere deliri, allucinazioni o eloquio disorganizzato.
- I sottotipi della schizofrenia del DSM-IV sono stati eliminati a causa della loro limitata stabilità, della poca attendibilità e della scarsa validità diagnostiche.
- Per contro, nella Sezione III del DSM-5 è compreso un approccio **dimensionale** che valuta la gravità dei principali sintomi della schizofrenia, al fine di cogliere la rilevante eterogeneità di sintomi e gravità manifestata dagli individui con disturbi psicotici.

Le novità del DSM-5

Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici

- Il **disturbo schizoaffettivo** viene riconcettualizzato in termini di diagnosi longitudinale anziché di osservazione trasversale – più simile a schizofrenia, disturbo bipolare e disturbo depressivo maggiore, che sono collegati in questa condizione – e richiede che un episodio dell'umore maggiore sia presente per la maggior parte della durata totale del disturbo dopo che il Criterio A è stato soddisfatto.
- Il Criterio A per il **disturbo delirante** non richiede più che i deliri non siano bizzarri; ora, per mantenere la continuità con il DSM-IV è compreso uno specificatore per i deliri di tipo bizzarro.
- I criteri per la **catatonia** sono descritti in modo uniforme nel DSM-5. Inoltre, la catatonia può essere diagnosticata con uno specificatore (per i disturbi depressivi, bipolari e psicotici, compresa la schizofrenia), nel contesto di una condizione medica nota o come diagnosi con altra specificazione.

DIFFERENZE RISPETTO AL DSM-IV TR

Viene proposta l'eliminazione dei sottotipi di schizofrenia paranoide, disorganizzata, catatonica, indifferenziata e residua, oltre che del disturbo psicotico condiviso

È proposta la dimensionalizzazione psicopatologica dei sintomi in appendice 3 (vedi slide successiva)

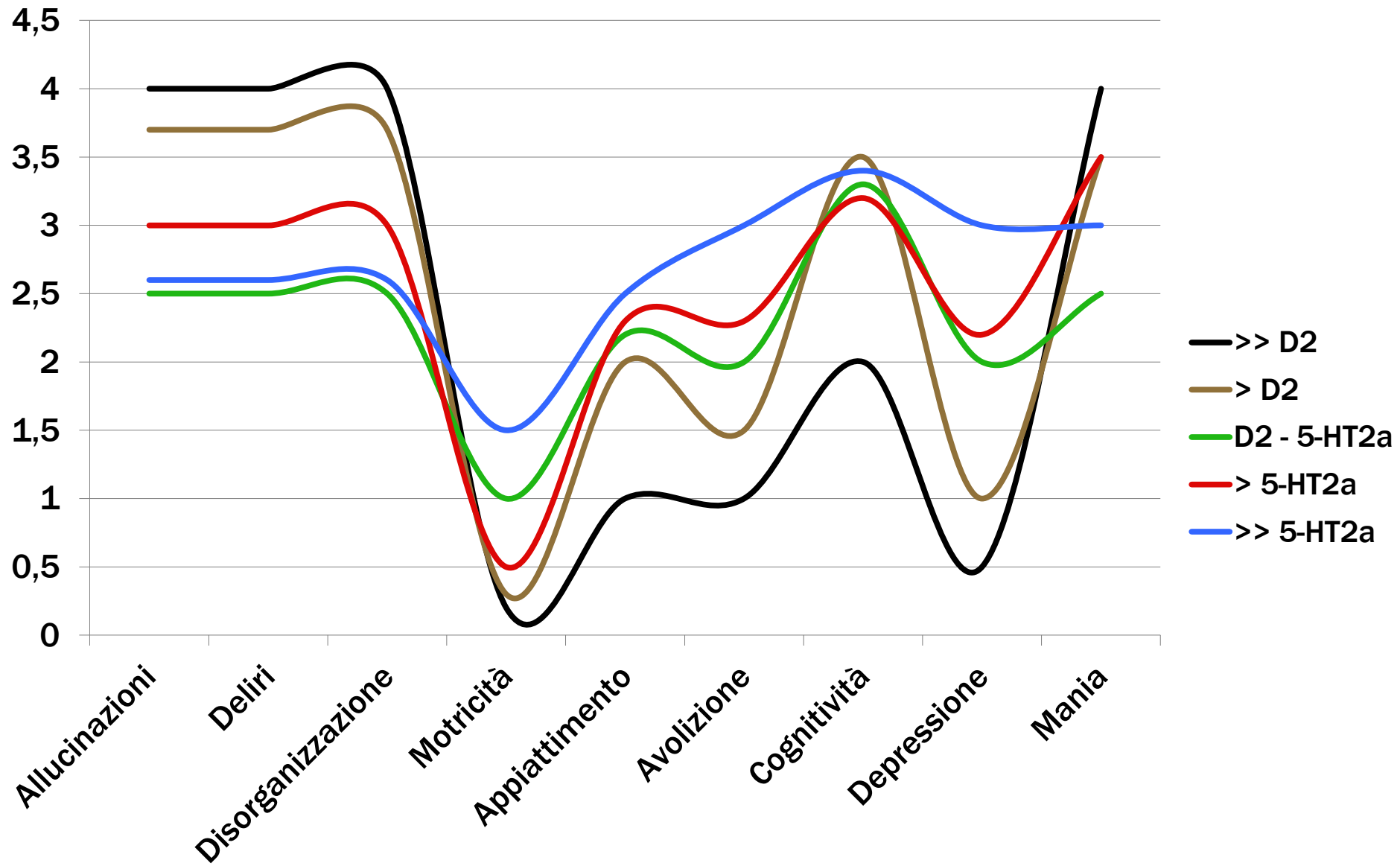
Sembrano migliorati i criteri di diagnosi differenziale rispetto al disturbo schizoaffettivo

È stata inclusa la possibilità che alcuni tipi di deliri bizzarri possano manifestarsi anche in un disturbo paranoico (disturbo delirante)

Si include la catatonia che può presentarsi in diversi disturbi (depressione, bipolare, psicotico)

	allucinazioni	deliri	disorganizzazione	comportamento psicomotorio anomalo	espressione emotiva	avolizione	compromissione cognitiva	depressione	mania
0	assenti	assenti	assente	assente	assente	assente	assente	assente	assente
1	presenza dubbia (gravità o durata non sufficiente per essere inquadrato come psicosi)	presenza dubbia (gravità o durata non sufficiente per essere inquadrato come psicosi)	presenza dubbia (gravità o durata non sufficiente per essere inquadrato come disorganizzazione)	presenza dubbia (gravità o durata non sufficienti per essere considerato comportamento psicomotorio anomalo)	presenza dubbia di diminuzione di espressione mimica, prosodia o gestualità	presenza dubbia di diminuzione di comportamento spontaneo	presenza dubbia (funzione cognitiva non chiaramente sotto il range atteso per età o stato socioeconomico, per es. entro 1 DS dalla media)	presenza dubbia (a volte umore depresso ma sintomi, durata o gravità insufficienti per soddisfare criteri diagnostici)	presenza dubbia (qualche volta innalzamento del tono dell'umore o irritabilità, ma sintomi, durata o gravità insufficienti per soddisfare criteri diagnostici)
2	presenti ma di grado lieve (scarso impulso ad agire secondo le voci, poco disturbato dalle voci)	presenti ma di grado lieve (deliri non bizzari o scarso impulso ad agire secondo le convinzioni deliranti, poco preoccupato dalle convinzioni)	presenti ma di grado lieve (linguaggio a tratti difficile da seguire e/o occasionale comportamento bizzarro)	presente ma di grado lieve (comportamento psicomotorio anomalo occasionale)	presente ma di grado lieve (lieve diminuzione di espressione mimica, prosodia o gestualità)	presente ma di grado lieve (lieve diminuzione del comportamento spontaneo)	presente ma di grado lieve (qualche riduzione della funzione cognitiva al di sotto dei valori attesi per età e stato socioeconomico, tra 1 e 2 DS dalla media)	presente ma di grado lieve (soddisfa i criteri di depressione maggiore con sintomi, durata e gravità di grado lieve)	presente ma di grado lieve (soddisfa i criteri di mania con sintomi, durata e gravità di grado lieve)
3	presenti e di grado moderato (un certo impulso ad agire secondo le voci, o in qualche misura disturbato dalle voci)	presenti e di grado moderato (un certo impulso ad agire secondo le convinzioni, o in qualche misura preoccupato dalle convinzioni)	presente e di grado moderato (linguaggio spesso difficile da seguire e/o frequente comportamento bizzarro)	presente e di grado moderato (comportamento psicomotorio anomalo frequente)	presente e di grado moderato (moderata diminuzione di espressione mimica, prosodia o gestualità)	presente e di grado moderato (moderata diminuzione del comportamento spontaneo)	presente e di grado moderato (chiara riduzione della funzione cognitiva al di sotto dei valori attesi per età e stato socioeconomico, tra 2 e 3 DS dalla media)	presente e di grado moderato (soddisfa i criteri di depressione maggiore con sintomi, durata e/o gravità di grado medio)	presente e di grado moderato (soddisfa i criteri per mania con sintomi, durata e/o gravità di grado medio)
4	presenti e di grado severo (forte impulso ad agire secondo le voci, o molto disturbato dalle voci)	presenti e di grado severo (forte impulso ad agire secondo le convinzioni, o molto preoccupato dalle convinzioni)	presente e di grado severo (linguaggio quasi sempre impossibile da seguire e/o quasi sempre comportamento bizzarro)	presente e di grado severo (comportamento psicomotorio anomalo quasi costante)	presente e di grado severo (grave diminuzione di espressione mimica, prosodia o gestualità)	presente e di grado severo (grave diminuzione del comportamento spontaneo)	presente e severo (grave riduzione della funzione cognitiva al di sotto dei valori attesi per età e stato socioeconomico, più di 3 DS dalla media)	presente e di grado severo (soddisfa i criteri di depressione maggiore con sintomi, durata e/o gravità di grado severo)	presente e di grado severo (soddisfa i criteri di mania con sintomi, durata e/o gravità di grado severo)





N.B. Questo grafico non esprime risultati di ricerca ma vuole essere meramente indicativo sulla base di esperienza clinica

Le novità del DSM-5

Disturbi bipolari e disturbi correlati

- I criteri diagnostici per i **disturbi bipolari** presentano cambiamenti sia nell'umore sia nell'attività sia nell'energia. La diagnosi del DSM-IV di disturbo bipolare I, episodi misti – che richiede che l'individuo soddisfi pienamente e contemporaneamente i criteri sia per la mania sia per l'episodio depressivo maggiore – è sostituita da un nuovo specificatore “con caratteristiche miste”.

$y = g(x)$
 Secant Lines
 $f'(x) = \lim_{h \rightarrow 0} \frac{f(x+h) - f(x)}{h}$
 $f(x) = \lim_{h \rightarrow 0} \frac{(x+h)^2 - x^2}{h}$
 $= \lim_{h \rightarrow 0} \frac{x^2 + 2xh + h^2 - x^2}{h}$
 $= \lim_{h \rightarrow 0} \frac{2xh + h^2}{h}$
 $= \lim_{h \rightarrow 0} h(2x + h)$

Le novità del DSM-5

Disturbi bipolari e disturbi correlati

- Condizioni particolari possono ora essere diagnosticate come **disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione**, che comprende la categorizzazione di individui con una storia pregressa di disturbo depressivo maggiore i cui sintomi soddisfano pienamente i criteri per l'ipomania, a eccezione del criterio della durata (cioè l'episodio dura solo 2 o 3 giorni invece dei 4 o più consecutivi richiesti).
- Una seconda condizione che costituisce una variante del disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione è che vi sono troppo pochi sintomi dell'ipomania per soddisfare pienamente i criteri per la sindrome bipolare II, anche se la durata, almeno 4 giorni consecutivi, è sufficiente.
- Infine, sia in questo capitolo sia nel capitolo "Disturbi depressivi" viene delineato uno specificatore per l'ansia.





Le novità del DSM-5

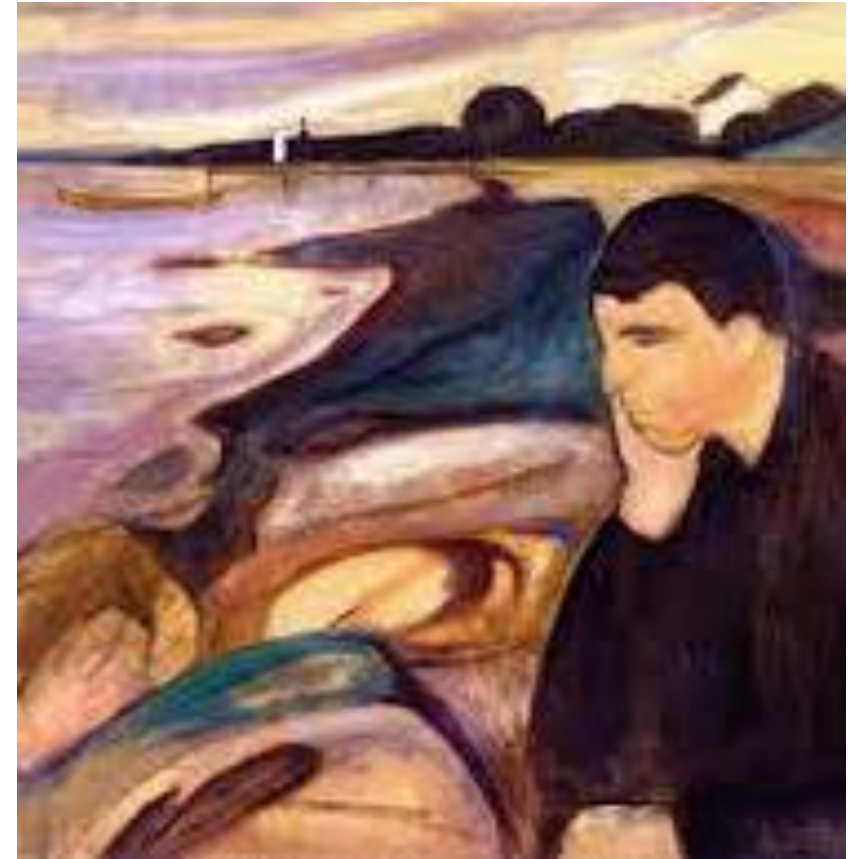
Disturbi depressivi

- Per evitare il rischio di sovradiagnosi e sovratrattamento del disturbo bipolare nei bambini, viene inclusa una nuova diagnosi, **disturbo da disregolazione dell'umore dirompente**, per individui fino a 18 anni che presentano irritabilità persistente e frequenti episodi di discontrollo comportamentale estremo.
- Il **disturbo disforico premenstruale** è stato ora promosso dall'Appendice B, "Criteri e Assi utilizzabili per ulteriori studi", del DSM-IV al corpo principale del DSM-5. Ciò a cui ci si riferiva nel DSM-IV come distimia ora rientra nella categoria del **disturbo depressivo persistente**, che comprende sia il disturbo depressivo maggiore cronico sia il precedente disturbo distimico.

Le novità del DSM-5

Disturbi depressivi

- La coesistenza in un **episodio depressivo maggiore** di almeno tre sintomi maniacali (non sufficiente per soddisfare i criteri per un episodio maniacale) viene ora riconosciuta dallo specificatore “con caratteristiche miste”.
- Nel DSM-IV c’era un criterio di esclusione per un episodio depressivo maggiore che veniva applicato ai sintomi depressivi che durano meno di 2 mesi dopo la morte di una persona cara (cioè esclusione del lutto).
- Questa esclusione viene omessa nel DSM-5 per diverse ragioni, compreso il riconoscimento che il lutto è un evento psicosociale stressante grave che può causare un episodio depressivo maggiore in un individuo vulnerabile, che inizia generalmente subito dopo la perdita e può aggiungere un rischio ulteriore di sofferenza, sentimenti di impotenza, ideazione suicidaria, peggioramento delle condizioni di salute e compromissione del funzionamento interpersonale e lavorativo.



Le novità del DSM-5

Disturbi depressivi

Era cruciale rimuovere l'implicazione che il lutto duri tipicamente solo 2 mesi, quando sia i medici sia i consulenti nell'elaborazione del lutto riconoscono che la durata più comune è di 1-2 anni. Una nota dettagliata ha sostituito il più semplicistico criterio di esclusione del DSM-IV per aiutare i clinici a distinguere tra i sintomi caratteristici del lutto e quelli di un disturbo depressivo maggiore.

Infine, sia per i disturbi bipolari sia per quelli depressivi è stato aggiunto un nuovo specificatore per indicare la presenza di sintomi misti.

Le novità del DSM-5



Disturbi d'ansia

- Il capitolo sui disturbi d'ansia non comprende più né il disturbo ossessivo-compulsivo (che si trova nel nuovo capitolo “Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati”) né il disturbo da stress post-traumatico e il disturbo da stress acuto (che si trovano nel nuovo capitolo “Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti”).
- I cambiamenti nei criteri per la **fobia specifica** e il **disturbo d'ansia sociale (fobia sociale)** comprendono la cancellazione del requisito che gli individui sopra i 18 anni riconoscano che la loro ansia sia eccessiva o irragionevole. Per contro, l'ansia deve essere sproporzionata rispetto al pericolo o alla minaccia reali posti dalla situazione, dopo aver preso in considerazione i fattori contestuali e culturali. Inoltre, la durata di 6 mesi viene ora estesa a tutte le età.

Le novità del DSM-5

Disturbi d'ansia

- Gli **attacchi di panico** possono essere ora elencati come specificatore applicabile a tutti i disturbi del DSM-5. Il **disturbo di panico** e l'**agorafobia** non sono collegati nel DSM-5. Pertanto, le precedenti diagnosi del DSM-IV di disturbo di panico con agorafobia, disturbo di panico senza agorafobia e agorafobia senza anamnesi di disturbo di panico sono sostituite da due diagnosi, disturbo di panico e agorafobia, ciascuna con criteri separati.
- Lo specificatore “generalizzato” per il **disturbo d'ansia sociale** è stato eliminato e sostituito dallo specificatore “legata solo alla performance”. Il **disturbo d'ansia di separazione** e il **mutismo selettivo** sono ora classificati come disturbi d'ansia.
- La formulazione dei criteri è stata modificata per rappresentare più adeguatamente la manifestazione dei sintomi d'ansia di separazione in età adulta. Inoltre, diversamente dal DSM-IV, i criteri diagnostici non specificano più che l'esordio debba avvenire prima dei 18 anni, e per gli adulti è stato aggiunto un criterio di durata – “tipicamente di 6 mesi o più” – per minimizzare il rischio di sovradiagnosi di paure transitorie.



Le novità del DSM-5



Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati

- Il “Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati” è un nuovo capitolo del DSM-5. I nuovi disturbi comprendono **disturbo da accumulo**, **disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle)**, **disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci** e **disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un’altra condizione medica**.
- La diagnosi del DSM-IV di tricotillomania viene ora definita **tricotillomania (disturbo da strappamento di peli)** ed è stata spostata dalla classificazione fra i disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove del DSM-IV alla categoria dei disturbi ossessivo-compulsivo e correlati del DSM-5.



Le novità del DSM-5

Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati

- Lo specificatore “con scarso insight” per il **disturbo ossessivo-compulsivo** è stato ridefinito per consentire una distinzione tra gli individui con insight buono o sufficiente, con insight scarso e con “insight assente/convinzioni deliranti” del disturbo ossessivo-compulsivo (cioè l’individuo è assolutamente sicuro che le convinzioni del disturbo ossessivo-compulsivo siano vere).
- Analoghi specificatori di “insight” sono stati inclusi per il disturbo di dismorfismo corporeo e per il disturbo da accumulo. È stato aggiunto anche uno specificatore “correlato a tic” per il disturbo ossessivo-compulsivo, poiché la presenza di un disturbo da tic in comorbilità può avere implicazioni cliniche importanti.



Le novità del DSM-5

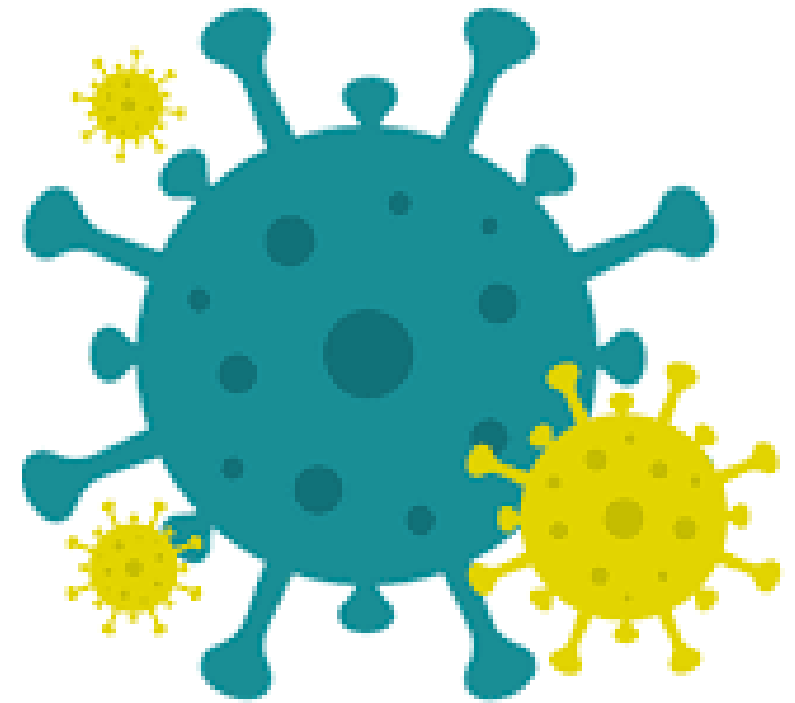
Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati

- Per il **disturbo di dismorfismo corporeo** è stato aggiunto lo specificatore “dismorfia muscolare”, a riflettere la sempre più numerosa letteratura sulla validità diagnostica e l'utilità clinica di questa distinzione in individui con disturbo di dismorfismo corporeo. La variante delirante del disturbo di dismorfismo corporeo non è più codificata né come disturbo delirante, tipo somatico, né come disturbo di dismorfismo corporeo; nel DSM-5, questa manifestazione è definita solo come disturbo di dismorfismo corporeo con specificatore insight assente/convinzioni deliranti.
- Gli individui possono ricevere anche una diagnosi di **disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione**, che può comprendere condizioni come disturbo da comportamento ripetitivo focalizzato sul corpo e gelosia patologica, o **disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati senza specificazione**.

Le novità del DSM-5

Disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti

- Per una diagnosi di **disturbo da stress acuto**, si afferma ora esplicitamente che l'esposizione all'evento traumatico comprende il farne esperienza diretta, assistervi direttamente o venirne a conoscenza. Inoltre, è stato eliminato il Criterio A2 del DSM-IV che si riferiva alla reazione soggettiva all'evento traumatico (per es., "paura intensa, sentirsi inerme o provare orrore").
- I **disturbi dell'adattamento** sono stati ripensati come un insieme eterogeneo di sindromi di risposta allo stress che si verificano dopo l'esposizione a un evento stressante (traumatico o non traumatico), piuttosto che una categoria residuale per gli individui che presentano disagio clinicamente significativo ma i cui sintomi non soddisfano i criteri per un disturbo più specifico (come nel DSM-IV).



Le novità del DSM-5



Disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti

- I criteri del DSM-5 per il **disturbo da stress post-traumatico** (DSPT) differiscono in maniera significativa dai criteri del DSM-IV. Il criterio relativo al fattore stressante (Criterio A) è più esplicito in riferimento agli eventi che qualificano le esperienze “traumatiche”.
- Inoltre, è stato eliminato il Criterio A2 (reazione soggettiva) del DSM-IV. Mentre nel DSM-IV c’erano tre cluster principali di sintomi – il rivivere persistentemente l’evento traumatico, l’evitamento/intorpidimento e l’aumento dell’arousal –, nel DSM-5 ci sono quattro cluster di sintomi, poiché il cluster evitamento/intorpidimento è diviso in due cluster differenti: evitamento e alterazioni negative di pensieri ed emozioni.
- Quest’ultima categoria, che conserva la maggior parte dei sintomi di intorpidimento del DSM-IV, comprende anche sintomi nuovi o riconcettualizzati, come stati emotivi negativi persistenti. Il cluster finale – alterazioni della reattività e dell’arousal – conserva la maggior parte dei sintomi relativi all’arousal del DSM-IV. Comprende anche comportamento irritabile o esplosioni di rabbia e comportamento spericolato o autodistruttivo.

Le novità del DSM-5

Disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti

Nel DSM-5, i criteri diagnostici del DSPT tengono conto dello sviluppo, in quanto sono state abbassate le soglie diagnostiche per i bambini e per gli adolescenti. Inoltre, sono stati aggiunti criteri separati per i bambini sotto i 6 anni che presentano questo disturbo.

La diagnosi del DSM-IV di disturbo reattivo dell'attaccamento dell'infanzia o della prima fanciullezza aveva due sottotipi: inibito e disinibito. Nel DSM-5, questi due sottotipi sono diventati due disturbi distinti: **disturbo reattivo dell'attaccamento** e **disturbo da impegno sociale disinibito**.

Le novità del DSM-5



Disturbi di personalità

- I criteri per i disturbi di personalità presentati nella Sezione II del DSM-5 non sono cambiati rispetto a quelli del DSM-IV. Per il DSM-5 è stato sviluppato un approccio alternativo alla diagnosi dei disturbi di personalità da sottoporre a ulteriori studi, che è stato inserito nella Sezione III (si veda “Modello alternativo del DSM-5 per i disturbi di personalità”).
- Nei **criteri generali per il disturbo di personalità**, presentati nella Sezione III, il criterio del funzionamento della personalità (Criterio A) è stato sviluppato sulla base di un esame della letteratura sugli strumenti di valutazione clinica attendibile delle compromissioni fondamentali per la patologia di personalità.



Le novità del DSM-5

Disturbi di personalità

- Una diagnosi di **disturbo di personalità tratto-specificato**, basata su una compromissione moderata o maggiore del funzionamento della personalità e sulla presenza di tratti di personalità patologici, sostituisce il disturbo di personalità non altrimenti specificato e fornisce una diagnosi più informativa per gli individui che non sono descritti in modo ottimale da uno specifico disturbo di personalità. Una maggiore enfasi sul funzionamento della personalità e sui criteri basati sul tratto aumenta la stabilità e i fondamenti empirici dei disturbi. **Funzionamento della personalità e tratti della personalità**, inoltre, possono essere valutati in individui con o senza un disturbo di personalità, una caratteristica che fornisce informazioni clinicamente utili su tutti gli individui.

Le categorie diagnostiche del DSM-5

Neurodevelopmental Disorders

Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders

Bipolar and Related Disorders

Depressive Disorders

Anxiety Disorders

Obsessive-Compulsive and Related Disorders

Trauma- and Stressor-Related Disorders

Dissociative Disorders

Somatic Symptom and Related Disorders

Le categorie diagnostiche del DSM-5

Feeding and Eating Disorders

Elimination Disorders

Sleep-Wake Disorders

Sexual Dysfunctions

Gender Dysphoria

Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders

Substance-Related and Addictive Disorders

Neurocognitive Disorders

Personality Disorders

Paraphilic Disorders

Other Mental Disorders

Medication-Induced Movement Disorders and Other Adverse Effects of Medication

Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention

Il DSM-5-TR

- Data di uscita: Marzo 2022 (*Marzo 2023 edizione italiana*)
- Testi e riferimenti scientifici revisionati
- aggiornamento dei criteri diagnostici e dei codici ICD-10-CM



Novità del DSM-5-TR

«Disturbo da Lutto Persistente» (sezione II)

codici per il comportamento suicida e autolesionismo non suicidario (utilizzabili da tutti i medici indipendentemente da disciplina e da altre categorie diagnostiche)

Considerazioni sull'impatto di razzismo e discriminazioni sui disturbi mentali

Ripristinato il «disturbo dell'umore non specificato» (per stati umorali misti che non soddisfino criteri per disturbo bipolare o disturbo depressivo maggiore)

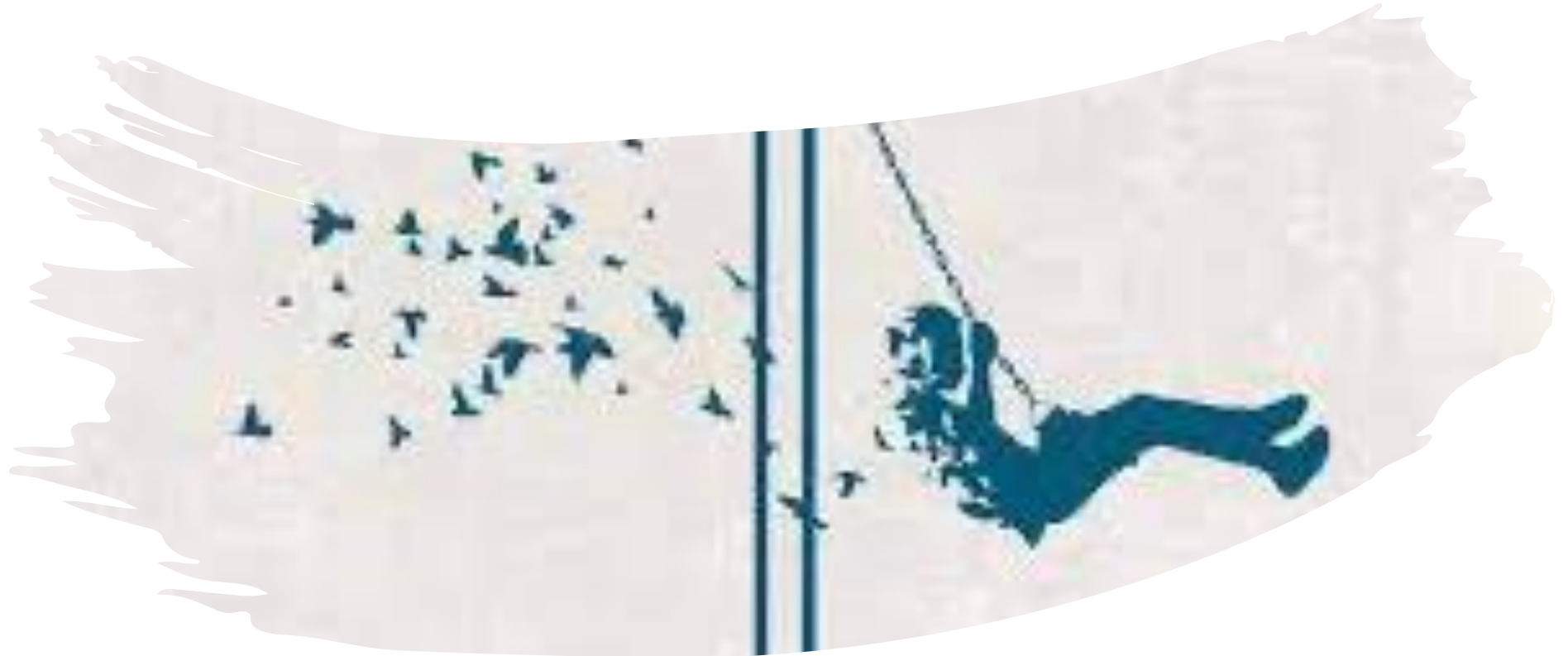
Due disturbi vengono rinominati

- Disabilità intellettiva → Disturbo dello sviluppo intellettuale
- Disturbo di conversione → Disturbo da sintomi neurologici funzionali

Aggiornamento della terminologia

- Neurolettico → farmaco antipsicotico/medicinale antipsicotico
- Nell'ambito della Disforia di genere → genere esperito, procedura medica di affermazione del genere, «maschio assegnato all'individuo/femmina alla nascita» (e viceversa)





DSM-5-TR: Disturbo da lutto persistente

DSM-5-TR: Disturbo da lutto persistente

- A. Perdita di una persona cara da almeno 12 mesi (6 mesi per bambini e adolescenti)
- B. Presenza di una risposta al lutto persistente e clinicamente significativa per la maggior parte del tempo da almeno un mese, comprendente uno o entrambi i seguenti sintomi
 - Mancanza/Nostalgia della persona deceduta
 - Continui pensieri e ricordi della persona deceduta (per bambini e adolescenti si potrebbero focalizzare sulle circostanze del lutto)
- C. Almeno 3 sintomi clinicamente significativi per la maggior parte del tempo da almeno un mese (perdita del senso di sé, negazione della morte, evitamento, difficoltà a riprendere le attività sociali...)

DSM-5-TR: nuovi codici

- Comportamento suicidario (condotte autolesive con certa intenzione di morire in seguito alle stesse in almeno un'occasione)
- Autolesionismo non suicidario (condotte autolesive a fini non suicidari)
- Sezione II, Capitolo «altre condizioni che possono essere al centro dell'attenzione clinica»
 - Ricerca e monitoraggio di condizioni che non sono disturbi mentali di per sé, ma che richiedono attenzione continua ed uno strumento sistematico di registrazione



Luci ed ombre del DSM

- L'evoluzione del DSM è fortemente condizionata da esigenze di efficienza e rapidità diagnostica, con una forte impronta storico-culturale.
- Nonostante tale modello sia ben applicabile alla maggior parte delle branche mediche, la centralità dell'osservazione clinica e la complessità dei fenomeni osservati in Psichiatria pone in essere alcune criticità.

LUCI	OMBRE
Impostazione <i>ateoretica</i> e scevra da pregiudizi (descrittiva, imparziale)	Rischio di inaridimento teorico-clinico
Immediata fruibilità, attenzione sui tratti diagnostici salienti	Potenziale trascuratezza degli elementi psicopatologici costituenti le entità descritte
Definita ed unitaria cornice teorica (conoscere attraverso-il-filtro)	Valore del tempo di relazione (conoscere attraverso-il-percepito)
Unitarietà dell'approccio ai disturbi mentali	Vasto mondo multi-teoretico della patologia in psichiatra/psicologica

Limiti della diagnosi categoriale in psichiatria



- Un sistema di classificazione è coerente ed efficace se include categorie specifiche (oggettivabili) nei minimi dettagli per ogni fenomeno descritto
- *I criteri DSM:*
 - raggruppano insieme entità nosografiche caratterizzate da una certa necessaria variabilità intra-categoriale
 - Rischiano di porre in medesime categorie fenomeni di significato psicopatologico differente
- Rischio
 - Compromettere l'efficacia dei trattamenti ed il lavoro dei clinici
 - Ostacolare la ricerca in ambito psichiatrico/psicologico

Equilibri: psichiatria e psicopatologia

- Karl Jaspers **Psichiatria in quanto professione pratica** e la **Psicopatologia in quanto scienza** “che vuole ciò che può essere espresso mediante concetti, che è comunicabile e può essere fissato in regole e in cui può riconoscersi un qualche rapporto” (1913).
- **Prevenire la scissione tra prassi e conoscenza** tese a cogliere gli aspetti peculiari ed irriproducibili dell’incontro tra psichiatra/psicologo e paziente
- Integrazione di prospettive dimensionali e fenomenologiche



Grazie per l'attenzione!

