

BJPsych



Advances

Continuing professional development in psychiatry

Italian translation of:

A comparison of DSM and ICD classifications of mental disorder

Peter Tyrer

Advances in Psychiatric Treatment 2014, 20: 280–285

doi: 10.1192/apt.bp.113.011296

Reprints/permissions To obtain reprints or permission to reproduce material from this article, please write to permissions@rcpsych.ac.uk

© The Royal College of Psychiatrists 2015

(translation by Dr. Giorgio Mattei, Registrar in Psychiatry, University of Modena and Reggio Emilia, Italy)

Advances in Psychiatric Treatment Jul 2014, 20 (4) 280-285. DOI: 10.1192/apt.bp.113.011296

Un confronto tra i sistemi di classificazione dei disturbi mentali DSM e ICD10

Peter Tyrer

Peter Tyrer è Professore di Psichiatria di Comunità presso il Centro per la Salute Mentale, Divisione di Medicina, Imperial College di Londra. I suoi interessi principali riguardano i modelli organizzativi dei servizi di psichiatria di comunità, la classificazione e il trattamento dei disturbi psichiatrici comuni, in particolare disturbi d'ansia e ansia di malattia, e la classificazione e trattamento dei disturbi di personalità.

Corrispondenza Professor Peter Tyrer, Centre for Mental Health, Department of Medicine, Imperial College London, St Dunstan's Road, London W6 8RP, UK. E-mail: p.tyrer@imperial.ac.uk

RIASSUNTO

La maggior parte dei disturbi in medicina è classificata utilizzando il sistema ICD (inaugurato a Parigi nel 1900). I disturbi mentali e comportamentali sono classificati utilizzando il DSM (la prima edizione del manuale, il DSM-I, è stata pubblicata negli Stati Uniti nel 1952), ma è solo a partire dalla sua terza edizione, DSM-III, del 1980, che ha assunto preminenza in questo campo. Il suo successo è stato ampiamente influenzato da Robert Spitzer, che ha composto i suoi diversi elementi, e Melvyn Shabsin, che ha favorito la sua accettazione. Spitzer ha sottolineato che la maggior parte delle diagnosi in psichiatria erano scarsamente definite, mostravano scarsa attendibilità nelle prove test-retest, ed erano instabili nell'osservazione longitudinale. Di conseguenza, quando si trattava di classificazione, l'opinione dello psichiatra sembrava valere molto di più delle caratteristiche del paziente. A partire dal DSM-III c'è stata una spaccatura tra coloro che aderiscono al DSM, perché è una classificazione migliore per la ricerca, e quelli che seguono l'ICD, perché permette maggiore discrezionalità clinica nel porre diagnosi. Questo articolo discute i pro e i contro di entrambi i sistemi, e le principali critiche che sono state a loro dirette.

OBIETTIVI FORMATIVI

- Comprendere i principi e il razionale alla base dei sistemi di classificazione in medicina e psichiatria.
- Essere in grado di descrivere la storia recente della classificazione dei disturbi psichiatrici.
- Essere in grado di confrontare i sistemi di classificazione DSM e ICD.

CONFLITTO DI INTERESSI

P.T. presiede il Gruppo di Lavoro ICD-11 per la Revisione della Classificazione dei Disturbi di Personalità ed è stato anche un membro del Gruppo di Armonizzazione e Coordinamento DSM-ICD.

Sebbene il tema della diagnosi in psichiatria porti a molti accesi dibattiti - e la portata dell'insoddisfazione al riguardo è espressa da una campagna internazionale avviata da Sami Timimi (2011) attraverso il Critical Psychiatry Network UK al fine di abolire le classificazioni DSM e ICD del tutto - la maggior parte degli psichiatri ritiene che le classificazioni abbiano un certo valore. Una buona classificazione fornisce informazioni in merito alle cause di un determinato disturbo, alla sua possibile prevenzione, alle caratteristiche cliniche, alla storia

naturale (cioè il decorso del disturbo senza intervento), e una guida per il trattamento e l'esito. Senza un sistema di classificazione la comunicazione necessariamente concisa tra colleghi diventa una lunga descrizione di problemi clinici poco produttiva. Le difficoltà di classificazione in psichiatria sono tante e le ragioni per cui abbiamo accessi confronti su questo argomento mentre altri in medicina non li hanno in tale grado sono riassunte nel Box 1.

Marcatori biologici

Lo scopo della classificazione psichiatrica per molti anni è stato quello di trovare un gruppo indipendente di marcatori biologici o fisiopatologici che indichino la presenza di malattia e possano così confermare le impressioni cliniche. Questo è un obiettivo perfettamente comprensibile nel suo seguire le orme della medicina, dove quasi ogni disturbo riceve rispettabilità dall'averne una tale base biologica indipendente. Nessuno contesta che ogni disturbo in psichiatria abbia una qualche sorta di correlato biologico, ma per la maggior parte di essi tale correlato non ha alcun valore nel processo diagnostico perché le nostre attuali conoscenze sono inadeguate. Il problema è principalmente la mancanza di specificità e una comprensione limitata dei processi biologici fondamentali sottesi alla maggior parte dei disturbi mentali.

Box 1 Differenze tra la diagnosi dei disturbi psichiatrici e la diagnosi di malattie mediche

Disturbi psichiatrici

- **Biologia:** pochissimi disturbi psichiatrici hanno una base biologica che conferma l'impressione clinica della malattia
- 'Zone di rarità' tra salute e malattia sono raramente presenti nei disturbi psichiatrici
- La soglia per la diagnosi è incerta

Malattie mediche

- La maggior parte delle diagnosi in medicina ha una base biologica che può confermare la malattia (ad esempio, la pressione arteriosa nell'ipertensione, la glicemia nel diabete)
- 'Zona di rarità' tra salute e malattia sono più frequentemente, ma non sempre, presenti
- Le soglie per la diagnosi sono migliori (di solito perché test indipendenti possono confermare l'impressione clinica).

Per fare un esempio fra i tanti possibili, si è scoperto che molti individui con disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) hanno autoanticorpi prodotti da una risposta autoimmunitaria post-streptococcica correlata a una possibile infezione durante l'infanzia (Dale 2005). In questo studio, il 42% dei bambini con DOC aveva questi autoanticorpi, ma nessuno suggerirebbe la ricerca di tali autoanticorpi come test diagnostico adatto per il DOC, considerato anche che fino al 10% dei controlli presentava questi autoanticorpi.

Lo stesso non vale in medicina per la maggior parte dei disturbi. Se sviluppate una polmonite lobare, la radiografia confermerà che avete un consolidamento polmonare e l'analisi dell'espettorato confermerà che avete un'infezione pneumococcica. Una volta identificate, queste anomalie sono indiscutibili, e l'esame obiettivo del torace che conduce alla diagnosi di polmonite lobare è solo un esercizio di diagnosi preliminare che rimane da confermare attraverso la radiografia e l'analisi dell'espettorato.

In psichiatria, non abbiamo il conforto di test indipendenti per la maggior parte dei nostri disturbi, ma questo non vuol dire che non esistano. Abbiamo misure indipendenti per condizioni come la malattia di Alzheimer e la sindrome di Down, ma questi casi sono rari

rispetto a condizioni più comuni come i disturbi d'ansia, depressivi e di personalità. I lettori, sfogliando riviste di psichiatria, noteranno un numero crescente di studi neuroanatomici e di imaging che trovano alterazioni in persone con diversi disturbi psichiatrici, ma in nessuno di questi l'anomalia è chiaramente diagnostica (vale a dire che si verifica in ogni persona con la malattia ed è assente in quelli che non ce l'hanno).

Come conseguenza di questa mancanza di evidenze indipendenti, ci sono molti più modelli di disturbi mentali rispetto a quelli di malattie mediche (Tyrrer 2013). Questo spiega molte delle polemiche che esistono all'interno della psichiatria - polemiche in genere assenti nel resto della medicina, ma che pure emergono quando si cerca di trovare cut-off diagnostici per il trattamento di condizioni come l'ipertensione e la sindrome metabolica. Sfortunatamente, la presenza di molti modelli differenti comprende ancora un modello di antipsichiatria che rifiuta la diagnosi del tutto, e che ammette come unica diagnosi la malattia di etichettare. Ma questa posizione deve essere abbandonata; perché la psichiatria senza diagnosi ci riporterà al Medioevo e la si deve quindi accettare in qualche forma (Craddock 2014).

Zone di rarità

Introdotta da Robert Kendell (1968), il concetto di 'zona di rarità' si riferisce all'area di separazione esistente tra le caratteristiche di un disturbo biologico con una diagnosi chiara e ad altre condizioni che non portano questa diagnosi.

Prendiamo l'esempio illustrato in Fig. 1. La depressione è comunemente definita da un punteggio su una scala standard, oppure dal numero di criteri necessari per superare la soglia della diagnosi. Ma ogni medico e ricercatore sa che la soglia non è netta - ci sono molte persone appena sotto la soglia, che hanno molti dei sintomi della depressione ma che non si qualificano del tutto per la diagnosi. Ci sono attualmente molte ricerche che, non sorprendentemente, dimostrano che queste persone stanno male proprio come le altre che sono appena al di sopra della soglia per porre la diagnosi (Ayuso-Mateos 2010).

Per contro, la diagnosi di anemia sideropenica e anemia perniziosa dipende dall'analisi dei dati dei globuli rossi che sono molto più specifici. C'è una zona di rarità tra coloro che hanno anemia macrocitica e sideropenica (grandi cellule caratteristiche della carenza di vitamina B12 e cellule prive di ferro) e coloro che hanno le cellule del sangue normali (per questo in Figura 1 vi sono tre raggruppamenti). Se ci basassimo solo sull'esame clinico, la separazione di queste anemie sarebbe molto più difficile e la situazione si avvicinerebbe a quella della depressione. Poiché non abbiamo un biomarcatore equivalente per la depressione, per essa non vi è zona di rarità. È inoltre rilevante che pure per molte patologie croniche, come l'osteoartrosi, la malattia di Parkinson e la broncopneumopatia ostruttiva, non vi siano zona di rarità, perciò sebbene questa distinzione funzioni in maniera eccellente per disturbi come la Corea di Huntington e la porfiria, si applica meno bene alle più comuni condizioni che ci affliggono.

Soglia di diagnosi incerta

L'assenza di una zona di rarità indica che la soglia per la diagnosi psichiatrica è solitamente arbitraria. Quando gli psichiatri prendono una decisione su una diagnosi clinica non hanno quindi una guida per decidere il cut-off tra malattia e benessere. Quasi tutti gli psichiatri creano un confine artificiale tra disturbo e normalità. Sempre più, è stato riconosciuto che un sistema dimensionale di diagnosi è pertanto superiore ad uno categoriale, ma ciò sta solo iniziando a trasferirsi nei sistemi diagnostici.

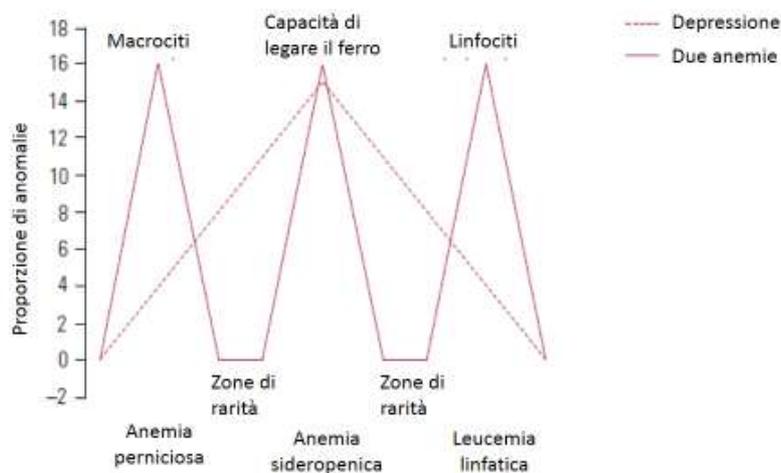


Figura 1 – Diagramma schematico che rappresenta le differenze basate su test diagnostici tra tre comuni condizioni mediche, tutte accomunate dal provocare anemia (anemia perniciososa, anemia sideropenica e leucemia linfatica) e che possono essere individuate attraverso un semplice emocromo, e la diagnosi di depressione, che è basata solo su sintomi comuni.

Le classificazioni DSM e ICD

Background

L'ICD è la classificazione ufficiale delle malattie a livello mondiale. La sezione riguardante i disturbi psichiatrici si intitola 'disturbi mentali e comportamentali'. Questa classificazione è utilizzata per registrare le diagnosi di tutti i pazienti visti nei servizi psichiatrici di tutto il mondo, dove sono raccolte le statistiche ufficiali. Per contro, il DSM è la classificazione ufficiale negli Stati Uniti per la diagnosi clinica, anche se attualmente la sua influenza si esercita in tutto il mondo, in particolare per i suoi apparenti vantaggi per la ricerca e la convinzione generale che sia in qualche modo 'più accurato'.

Date importanti

La storia della classificazione ufficiale delle malattie inizia con due francesi, Achille Guillard, che ha fatto il primo tentativo di una classificazione mondiale nel 1853, e suo nipote, Jacques Bertillon, direttore di Statistica per la città di Parigi, che, con il patrocinio del governo francese, convocò la prima Conferenza Internazionale per la Revisione dell'Elenco Internazionale delle Cause di Morte a Parigi il 18 agosto 1900. Questo divenne l'ICD e da allora è andato incontro a dieci revisioni, di cui l'ultima pubblicata è ICD-10 (World Health Organization 1992). Il divario tra ICD-10 e ICD-11 sarà probabilmente di 24 anni, il più lungo tra due revisioni successive dal 1900. Il DSM è stato revisionato più di frequente, con successive revisioni nel 1987, 1994, 2000 e, più recentemente, maggio 2013 (American Psychiatric Association 1987, 1994, 2000, 2013).

Il DSM è stato introdotto per la prima volta nel 1952 dopo che l'esercito americano ritenne utile una classificazione dei disturbi psichiatrici. Inizialmente non fu molto utilizzato, ma con l'arrivo di Robert Spitzer, che ha coordinato lo sviluppo della terza revisione (DSM-III; American Psychiatric Association 1980), divenne quasi obbligatorio il suo utilizzo nel campo della ricerca (Decker 2013) mentre, al confronto, gli equivalenti ICD erano considerati inadeguati.

Attendibilità

La ragione per cui il DSM-III era una classificazione molto migliore rispetto ad ognuno dei suoi predecessori risiede nell'utilizzo di criteri operazionalizzati (derivati dai criteri diagnostici psichiatrici proposti otto anni prima - i criteri di Feighner; Feighner 1972). L'ispirazione fornita a Spitzer e colleghi (1975) da questo precedente lavoro era che la diagnosi psichiatrica non avrebbe potuto essere clinicamente valida o utile se non fosse stata attendibile (*reliable*), e l'introduzione di criteri operativi chiari nel DSM-III indubbiamente migliorò l'attendibilità (*reliability*).

È importante ricordare che la parola 'attendibile' in questo contesto è un concetto statistico, da non intendere nella concezione generale di essere affidabile e coerente. L'attendibilità statistica rappresenta il livello di concordanza tra due osservatori, ed è evidente che il livello di concordanza tra osservatori migliora quando vengono fornite definizioni chiare dei disturbi, piuttosto che vaghe. Attendibilità include sia il concetto di *attendibilità intravalutatori* (misure effettuate da diverse persone contemporaneamente) e *attendibilità temporale* (valutazioni effettuate in momenti diversi). L'obiettivo di ottenere un buon livello di attendibilità intravalutatori e temporale ha costituito il motore della maggior parte del lavoro del gruppo di ricerca di Saint Louis guidato da Samuel Guze negli anni Sessanta e Settanta (Guze 1971, 1975), e questi furono i precursori dei criteri di Feighner. Questi criteri diagnostici specifici hanno dominato la classificazione psichiatrica americana da allora.

Al contrario, la classificazione ICD rifugge da fornire criteri diagnostici rigidi a meno che non siano validati indipendentemente, e consente al professionista di includere il giudizio clinico nella classificazione dei disturbi. Anche se questo porta quasi inevitabilmente a un minore accordo sulla diagnosi, non dovrebbe essere automaticamente considerato meno attendibile (nel senso di meno accurato). Si potrebbe affermare che un buon giudizio clinico meriti un posto in ogni classificazione - se non è così, qual è il posto per la formazione e l'esperienza? - e per questo motivo la classificazione ICD mantiene più spazio per il giudizio clinico rispetto al DSM.

È molto importante capire che di per sé ottenere una migliore attendibilità non significa che un disturbo sia meglio descritto o che sia più valido in misurare ciò che pretende di misurare. È sempre possibile ottenere un buon livello di accordo avendo definizioni rigide della condizione in questione, ma se essa non è descritta correttamente il suo valore sarà ugualmente limitato. Un esempio ovvio di attendibilità in assenza di validità sarebbe rappresentato da un'indagine sui membri dell' "Associazione degli Amici della Terra Piatta" ponendo la domanda: "La Terra è piatta o rotonda?". Tutto consentirebbe di predire livelli molto elevati di accordo in un'indagine che coinvolgesse questa popolazione di eccentrici, probabilmente un livello di correlazione perfetta ($r = 1.0$) in favore della terra piatta, ma questo notevole grado di attendibilità non renderebbe improvvisamente il mondo meno rotondo.

Un esempio simile in psichiatria è rappresentato dalla diagnosi di disturbo da deficit di attenzione con iperattività (ADHD). Nel DSM-5, l'ADHD è caratterizzato da una modalità di comportamento presente in contesti differenti (ad esempio a scuola o a casa), che può risultare in "problemi di prestazione" nel contesto sociale, educativo o lavorativo. I sintomi sono divisi in due categorie: inattenzione e iperattività / impulsività - che includono incapacità a prestare attenzione ai dettagli, difficoltà a organizzare compiti e attività, aumentata produzione dell'eloquio, irrequietezza o incapacità a rimanere seduti in situazioni appropriate - con un punteggio numerico di sintomi che indicano la soglia per porre diagnosi di inattenzione, iperattività e impulsività.

È perfettamente possibile addestrare un gruppo di osservatori per raggiungere elevati livelli di attendibilità nel porre diagnosi di ADHD, ma questo gruppo eterogeneo di sintomi

presentati da un gran numero di bambini in qualche fase dello sviluppo non costituisce una diagnosi valida. Sembra piuttosto condividere alcune delle incertezze del gioco della roulette.

Differenze tra DSM e ICD

È importante comprendere che c'è molta convergenza tra i due sistemi diagnostici internazionali, e che è anche possibile convertire le diagnosi di un sistema nell'altro. Anche se i gruppi principali di disturbi psichiatrici sono diagnosticati in modo simile (Box 2), ci sono differenze importanti tra singole diagnosi in termini sia di definizione che di nome, ed è probabile che queste differenze aumenteranno con l'introduzione dell'ICD-11 (Box 3).

Box 2: principali sottogruppi di disturbi psichiatrici presenti sia nel DSM che nell'ICD

- Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici
- Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive
- Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti
- Disturbi dell'umore [affettivi]
- Disturbi nevrotici [termine ora abbandonato], legati a stress e somatoformi
- Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici
- Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto
- Ritardo mentale
- Disturbi dello sviluppo psicologico
- Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza
- Disturbo mentale non specificato

Box 3: principali differenze tra ICD e DSM:

ICD	DSM
<ul style="list-style-type: none"> • Classificazione ufficiale a livello mondiale • Destinato all'uso da parte di tutti i professionisti della salute • Particolare attenzione rivolta alle cure primarie e ai paesi a basso e medio reddito • Maggiore attenzione sull'utilità clinica (in particolare nell'ICD-11), con riduzione del numero di diagnosi • Fornisce descrizioni diagnostiche e linee guida, ma non criteri operazionalizzati 	<ul style="list-style-type: none"> • Classificazione americana (Stati Uniti) - ma usato in molti altri paesi • Utilizzato principalmente dagli psichiatri • Incentrato principalmente sull'assistenza psichiatrica di secondo livello in paesi ad alto reddito • Tende ad aumentare il numero di diagnosi ad ogni revisione successiva • Sistema diagnostico fondato su criteri operazionalizzati e che utilizza un approccio politetico per la maggior parte delle condizioni (cioè combinazione di criteri che non hanno bisogno di essere tutti contemporaneamente soddisfatti)

Questo inoltre influenzerà la pratica negli Stati Uniti dal momento che ogni cartella clinica deve utilizzare il sistema ICD, non quello DSM, anche se ciò può non essere del tutto

apprezzato dai medici nel Regno Unito.

Nel discutere queste differenze, devo riconoscere un conflitto di interessi in quanto partecipo allo sviluppo dell'ICD-11 in diversi modi e il mio punto di vista è che il sistema ICD dovrebbe sostituire del tutto il sistema DSM in futuro - o, detto in modo più gentile, che il DSM dovrebbe alla fine fondersi con l'ICD. La principale tesi utilizzata da coloro che sostengono il DSM è che consente diagnosi più accurate. Ciò può essere vero, in parte per la presenza di criteri operazionalizzati, ma anche per un quantitativo di risorse e impegno molto più grande nello sviluppare la classificazione DSM rispetto all'ICD, che ha ricevuto davvero pochi finanziamenti. Come conseguenza, l'ICD tende a seguire pallidamente le orme del suo grande fratello americano, non volendo essere da meno, ma anche non capendo bene con cosa sta tenendo il passo.

Validità

Come discusso in precedenza, l'attendibilità non è una misura di validità, e anche se i criteri operazionalizzati possono migliorare l'attendibilità, possono farlo alle spese della validità. Così, per esempio, un paziente che soddisfa tutti i criteri per la depressione maggiore utilizzando il sistema DSM può aver sviluppato tutti i sintomi dopo un evento stressante, non necessariamente traumatico. Il clinico può giustamente concludere che i sintomi rappresentino la reazione ad un evento e non l'esordio di un disturbo depressivo che richieda uno specifico trattamento psicologico o psicofarmacologico. Il clinico potrebbe quindi ritenere questo un disturbo dell'adattamento, anche se soddisfa chiaramente i criteri operazionalizzati del disturbo depressivo maggiore. Questo non è un esercizio di stile; nella mia esperienza clinica ho visto pazienti diagnosticati erroneamente e trattati eccessivamente con antidepressivi, quando era abbastanza chiaro che un atteggiamento di vigile attesa sarebbe stato molto più appropriato.

Creazione di più diagnosi / patologie

L'altro problema associato all'ossessione per l'attendibilità è la tendenza a creare più diagnosi piuttosto che meno, e anche a creare patologie a partire da variazioni altrimenti normali. Allen Frances (2013), il precedente direttore della Task Force del DSM-IV, ha scritto in maniera convincente in merito a questi pericoli, e se il giudizio clinico è lasciato da parte nelle discussioni sulla diagnosi, questa tendenza non farà che aumentare. L'individuazione di una patologia necessita di una supervisione della comunità accademica e nel sistema compartimentalizzato del DSM questa è spesso carente.

È un triste dato di fatto che la maggior parte delle diagnosi in entrambi i sistemi di classificazione sono raramente utilizzate, tuttavia con ogni revisione successiva del DSM il numero di diagnosi tende ad aumentare (anche se vi è una riduzione di tre diagnosi tra DSM-IV e DSM-5) e ogni volume diventa più spesso.

Chi utilizza i due sistemi?

Il DSM è usato principalmente dagli psichiatri, anche se è riconosciuto che non è del tutto soddisfacente e si sta promuovendo il suo utilizzo tra gli psicologi e altri professionisti della salute mentale. L'ICD, al contrario, ha sempre avuto in mente "il medico universale della salute mentale", sia esso un medico scalzo in Tanzania o un professore di psichiatria a Baltimora. Di conseguenza deve essere flessibile e utilizzare un linguaggio semplice per consentire a tutti gli operatori - inclusi molti con poche qualifiche formali nei paesi a basso e medio reddito - per essere accettabile. Uno dei compiti dell'ICD è di mostrare agli operatori che può superare le critiche di etichettamento rivolte alla diagnosi e che può essere altrettanto utile a medici e ricercatori, ma ha ancora una lunga strada da percorrere per

raggiungere questi obiettivi. Ciò spiega il focus dell'ICD-11 – l'utilità clinica – dal momento che una diagnosi ha valore solo se può essere universalmente utilizzata.

Research Domain Criteria

Il sistema DSM continuerà ad essere utilizzato, perché l'American Psychiatric Association ha investito molto in esso, e perché è una classificazione scrupolosa e ben finanziata, e ciò rimane vero nonostante le numerose critiche che ha attirato. Ma esso continua ad essere limitato e si è spinto un po' troppo oltre, e il nuovo ambizioso piano americano è di rimpiazzarlo con il nuovo sistema dei Research Domain Criteria (RDoC) che è più intimamente legato a correlati neurobiologici (Cuthbert 2013).

La cornice RDoC fornisce una chiara concettualizzazione di malattia mentale come malattia del cervello, ma diversamente dai disturbi neurologici dove ci sono lesioni identificabili, i disturbi mentali sono considerati disturbi dei circuiti cerebrali. Questi disturbi dei circuiti cerebrali possono essere testati attraverso l'elettrofisiologia, il neuroimaging funzionale e una serie di nuovi metodi per quantificare le connessioni in vivo. Questo processo è completato da dati provenienti dalla genetica e dalle neuroscienze cliniche per produrre delle specie di tratti biologici caratteristici che si aggiungono ai sintomi e segni clinici, così da migliorare la gestione clinica.

Ciò potrebbe essere considerato velleitario da alcuni, ma se si considera che solo 20 anni fa non avevamo alcuna reale comprensione del funzionamento mentale in vivo, un grande progresso è stato fatto da allora. Però non ha ancora prodotto risultati importanti, e ci sono critiche aspre a questo approccio che non possono essere ignorate con leggerezza (Bracken 2012; Kleinman 2012).

Conclusioni

Entrambi i sistemi di classificazione DSM e ICD in psichiatria hanno valore e, in particolare, l'alto profilo del DSM dal 1980 ha stimolato molto più interesse per la nosologia e aumentato la consapevolezza sia dei limiti che dei vantaggi delle attuali classificazioni.

Il DSM è stato produttivo nel promuovere la ricerca, ma ha ostacolato i progressi in alcuni ambiti, fornendo credibilità a diagnosi che probabilmente non esistono (Markon 2013), e ha generato molta ricerca inutile in questioni come la comorbidità di disturbi che condividono molto di più di ciò per cui differiscono.

L'ICD è stato scarsamente finanziato e non è stato in grado di generare lo stesso livello di ricerca del DSM, ma è costantemente migliorato negli anni e, con migliori descrizioni e definizioni, è probabile che sia utilizzato non solo ampiamente, ma anche più seriamente e accuratamente.

La pratica diagnostica rimane fluida ed è incerto quale di questi tre approcci - DSM, ICD o RDoC - vincerà alla fine. Nessuno di questi sistemi di classificazione sarà in grado di superare il problema fondamentale sottolineato all'inizio di questo articolo fino a che avremo misure indipendenti di malattia, ma per alcune condizioni mentali questo non accadrà mai. Senza un sistema di classificazione ben funzionante saremmo ciechi, sordi e stupidi nella pratica della nostra arte, e pertanto dobbiamo insorgere in sua difesa tutte le volte che viene assalito senza senso.

Bibliografia:

American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edn) (DSM-III)*. APA.

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edn revised) (DSM-III-R)*. APA.

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV)*. APA.

American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn, text revision) (DSM-IV-TR)*. APA.

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edn) (DSM-5)*. APA.

Ayuso-Mateos JL, Nuevo R, Verdes E, et al (2010) From depressive symptoms to depressive disorders: the relevance of thresholds. *British Journal of Psychiatry*, 196: 365–71.

Bracken P, Thomas P, Timimi S, et al (2012) Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201: 430–4.

Craddock N, Mynors-Wallis L (2014) Psychiatric diagnosis: impersonal, imperfect and important. *British Journal of Psychiatry*, 204: 93–5.

Cuthbert BN, Insel TR (2013) Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11: 126.

Dale RC, Heyman I, Giovannoni G, et al (2005) Incidence of anti-brain antibodies in children with obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 187: 314–9.

Decker H (2013) *The Making of DSM-III: A Diagnostic Manual's Conquest of American Psychiatry*. Oxford University Press.

Feighner JP, Robins E, Guze SB, et al (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26: 57–63.

Frances A (2013) *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. William Morrow.

Guze SB, Goodwin DW (1971) Diagnostic consistency in antisocial personality. *American Journal of Psychiatry*, 128: 360–1.

Guze SB (1975) The validity and significance of the clinical diagnosis of hysteria (Briquet's syndrome). *American Journal of Psychiatry*, 132: 138–41.

Kendell RE (1968) *The Classification of Depressive Illnesses* (Institute of Psychiatry, Maudsley Monograph, No. 18). Oxford University Press.

Kleinman A (2012) Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen – and soon. *British Journal of Psychiatry*, 201: 421–2.

Markon KE (2013) Epistemological pluralism and scientific development: an argument against authoritative nosologies. *Journal of Personality Disorders*, 27: 554–79.

Spitzer RL, Endicott J, Robins E (1975) Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 132: 1187–92.

Timimi S (2011) *Campaign to Abolish Psychiatric Diagnostic Systems such as ICD and DSM (CAPSID)*. Critical Psychiatry Network UK.

Tyrer P (2013) *Models for Mental Disorder* (5th edn). Wiley-Blackwell. World Health Organization (1992) *ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders*. WHO.

Domande a risposta multipla

Scegli la risposta migliore per ognuna delle seguenti domande:

1. Il sistema di classificazione DSM:

- a) è preferito dai clinici a livello mondiale
- b) mostra un miglior accordo tra osservatori rispetto all'ICD
- c) è la classificazione più valida attualmente disponibile
- d) viene rivisto ogni cinque anni
- e) è la classificazione standard a livello internazionale

2. I sistemi di classificazione DSM e ICD differiscono dagli altri sistemi di classificazione di malattia per:

- a) essere più largamente utilizzati
- b) avere definizioni più chiare
- c) essere più appropriati per i paesi a basso e medio reddito
- d) essere generalmente mancanti di indicatori biologici
- e) avere molte più diagnosi

3. L'ICD-11

- a) è probabile che sarà molto simile al DSM-5
- b) avrà più diagnosi dell'ICD-10
- c) non sarà utilizzato in Nord-America
- d) sarà l'ultima revisione dell'ICD
- e) è focalizzato sull'utilità clinica

4. A confronto con le diagnosi del DSM, le diagnosi del sistema ICD

- a) sono interscambiabili
- b) permettono più giudizio clinico nel porre diagnosi
- c) richiedono più tempo per essere completate

- d) sono più stabili nel tempo
- e) sono preferite dai ricercatori

5. Le maggiori differenze tra le diagnosi secondo ICD e DSM in psichiatria sono:

- a) l'ICD è più estensivo del DSM
- b) il DSM è più accurato dell'ICD
- c) l'ICD è il sistema di classificazione internazionale ufficiale in psichiatria
- d) il DSM è l'unico sistema di classificazione utilizzato negli Stati Uniti
- e) l'ICD è utilizzato da più psichiatri rispetto al DSM

Soluzioni:

1 b 2 d 3 e 4 b 5 c