

Novità nell'approccio alla psicopatologia dello sviluppo del DSM-5

Proposta di discussione a cura di M. Ammaniti, C. Cornoldi e S. Vicari

Dopo molti anni di travaglio nel maggio 2013 è finalmente comparso il DSM-5 che già nell'edizione in inglese ha suscitato molto interesse e ampio dibattito. Ci aspettiamo che gli elementi di novità saranno ulteriormente elaborati dai clinici del nostro paese quando avranno preso familiarità con l'edizione italiana. Infatti, anche se il DSM rappresenta ufficialmente la posizione della psichiatria nordamericana, di fatto esso finisce per costituire un riferimento fondamentale e offrire anticipazioni per gli orientamenti clinici che saranno presenti nella prossima edizione dell'ICD e che verranno a costituire le basi per l'attività clinica del nostro paese.

La nuova edizione, la quinta, del noto manuale nasce da una attenta valutazione della letteratura scientifica e dal lavoro collettivo di una task force formata da oltre mille esperti della salute mentale nordamericani, ma non solo. Una prima bozza del manuale è stata messa online prima della sua pubblicazione, a disposizione degli operatori di tutto il mondo, in modo da raccogliere commenti e osservazioni che hanno superato, abbondantemente, quota diecimila! I commenti giudicati pertinenti dagli esperti sono stati accolti nella versione pubblicata nel maggio 2013 così che il DSM-5 è il risultato dell'attività di migliaia di tecnici e operatori nel settore della salute mentale.

IL DSM-5 avrà sicuramente un impatto molto importante sulla clinica in generale e sulla clinica dello sviluppo, in particolare. Anche molti clinici italiani, con riferimento alle problematiche evolutive di cui si occupano, hanno dovuto prendere atto dei numerosi elementi di novità presenti nel DSM-5 e hanno avviato discussioni in varie sedi, per esempio durante il congresso AIRIPA di Lucca, ottobre 2014 con un dibattito sulle implicazioni diagnostiche e terapeutiche delle nuove prospettive offerte per i disturbi autistici, i DSA, le disabilità intellettive e l'ADHD e nelle Giornate sugli strumenti di Bologna, febbraio 2015. Al di là delle specifiche novità presenti per singoli disturbi, c'è sembrato di ritrovare nel DSM-5 una serie di elementi che possono essere oggetto di discussione generale. La nostra rivista non poteva non prenderne atto e ha deciso di aprire un dibattito che fa seguito all'analogo dibattito che era stato proposto alcuni orsono con riferimento al DSM-IV TR.

Le novità più rilevanti e che proponiamo come discussione ad una serie di esperti e ai nostri lettori possono essere riassunte in alcuni punti di carattere ge-

nerale e in alcuni punti che hanno implicazioni specifiche per la clinica dello sviluppo. I punti di carattere generale sono i seguenti:

1. Il sintomo è sempre meno determinante nel formulare una diagnosi ma ha un valore all'interno dell'associazione con un pattern clinico distintivo. Così, ad esempio, il capitolo «Disturbi d'ansia», comprendente il Disturbo Ossessivo Compulsivo e il Disturbo Post traumatico da Stress della precedente edizione è ora suddiviso nei tre capitoli «Disturbi d'ansia», «Disturbi Ossessivi Compulsivi e correlati», «Disturbi relativi a Trauma ed elementi di stress» confermando il fatto che l'ansia non è il sintomo determinante ma fa parte di una configurazione clinica.

2. La gravità e la disabilità derivante da ciascun disturbo diventano sempre più un criterio diagnostico fondamentale, con la conseguenza che il problema non viene riportato all'individuo per sé, ma ai bisogni adattivi che esso rappresenta.

3. Alcune condizioni cliniche, che per essere riconosciute formalmente come disturbi necessitano di conferma scientifica, sono state raccolte nella Sezione III del manuale. Due di queste condizioni – il Disturbo da Comportamento Suicidario e l'Autolesionismo non Suicidario – riflettono l'aumentato interesse della letteratura e dei clinici nella diagnosi di comportamenti autolesivi.

Temî affrontati più o meno esplicitamente dal DSM-5 che hanno implicazioni più dirette per la clinica dello sviluppo e che pure proponiamo alla discussione sono i seguenti:

1) Il concetto di specificità. È noto che una delle preoccupazioni del DSM-5 è stata quella di interrompere il processo di inflazione delle categorie diagnostiche che, dalle prime edizioni del DSM fino all'ultima, aveva visto raddoppiarsi il numero di disturbi. A noi sembra tuttavia che la riduzione delle categorie diagnostiche sia stata anche influenzata da una visione dello sviluppo più plastica, largamente influenzata dalla prospettiva neurocostruttiva, in cui, soprattutto per l'ambito evolutivo, le singole componenti della mente risultano solo in parte dissociate.

2) Il concetto di «comorbidità». Il DSM-5 riconosce che alcune apparenti comorbidità riflettono in realtà profili clinici più ampi inclusivi di differenti categorie diagnostiche. Per esempio nella Introduzione nel DSM-5 si dice «sebbene il DSM-5 rimanga una classificazione categoriale di disturbi distinti, siamo consapevoli che i disturbi mentali non sempre rientrano completamente all'interno dei confini di un singolo disturbo. Alcuni domini sintomatologici, come l'ansia e la depressione, coinvolgono molteplici categorie diagnostiche e possono riflettere una vulnerabilità di base per un più ampio gruppo di disturbi. Nel riconoscere questa realtà, i disturbi inclusi nel DSM-5 sono stati riordinati all'interno di una struttura organizzativa concepita per stimolare nuove prospettive cliniche» (Prefazione LIV).

3) Il concetto di «gravità». Il riconoscimento che un disturbo possa presentarsi con diversi livelli di gravità era già presente nelle versioni precedenti, per esempio nel caso del «ritardo mentale». A noi sembra che però esso sia stato qui ulteriormente sviluppato (si veda il caso del DSA o dell'autismo) con il velato suggerimento che ogni disturbo possa essere presente anche in forma lieve e che non ci sia soluzione di continuità fra tipicità e disturbo. Questo potrà consentire una minore medicalizzazione di quadri sfumati, a basso impatto disfunzionale ed un approccio ai disturbi mentali non solo categoriale ma anche secondo altre ottiche, per esempio dimensionale.

4) Il rischio di «sovradiagnosi». L'inclusione di forme anche lievi all'interno della stessa categoria diagnostica (si pensi al caso dell'autismo) rischia di aumentare notevolmente il numero di casi diagnosticati.

Novità nell'approccio alla psicopatologia dello sviluppo del DSM-5

5) La sottolineatura della continuità fra psicopatologia dello sviluppo e dell'adulto con riferimento al fatto che un disturbo presente nello sviluppo non può non lasciare traccia nell'adulto. A differenza delle precedenti edizioni ogni capitolo affronta i diversi disordini sottolineandone la caratteristica evolutiva e le condizioni evidenti nell'infanzia non sono più descritte separatamente ma integrate in tutto il manuale. Come viene enfatizzato nell'Introduzione del DSM-5, «La modificazione dell'organizzazione dei capitoli riflette al meglio l'approccio basato sull'arco di vita, con i disturbi maggiormente diagnosticati nelle prime fasi della vita (per es. i disturbi del neurosviluppo) presentati all'inizio del manuale e i disturbi della fase più avanzata dell'età adulta (per es. i disturbi neurocognitivi) alla fine. Inoltre, nel testo i paragrafi "Sviluppo e decorso" forniscono una descrizione di come le manifestazioni dei disturbi possono variare nell'arco di vita» (Prefazione LVI). Abbiamo a questo proposito potuto vedere come categorie diagnostiche tradizionalmente associate alla sola fascia dello sviluppo possano essere utilizzate anche per l'adulto, come nel caso dell'ADHD oppure il Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, ecc.

In modo complementare al punto precedente viene sottolineata la continuità fra psicopatologia dello sviluppo e dell'adulto con riferimento al fatto che, per un disturbo che compare nell'adulto, sia comunque possibile rinvenire una storia evolutiva che ne anticipa alcuni elementi. Nel DSM-5 viene ulteriormente ricordato che, per disturbi dell'adulto, viene precisata la fisionomia assunta durante lo sviluppo. Per esempio, nella definizione dei criteri per la diagnosi di insonnia o PTSD viene specificato in che modo dovrebbe esprimersi la sintomatologia nel caso di bambini. Inoltre, nel Corso di tutto il testo, vengono evidenziati i fattori di rischio genetici e fisiologici e gli indicatori prognostici.

Questi sono alcuni punti che proponiamo al Dibattito. Ci aspettiamo che i colleghi, che abbiamo invitato a partecipare, prendano ovviamente spunto dalle problematiche e dai disturbi che meglio conoscono, ma vedano se dalle novità del DSM-5 che li coinvolgono più direttamente escono elementi generali che hanno implicazioni per i modelli correnti di psicopatologia dello sviluppo.

Implicazioni del DSM-5 per la psicopatologia dello sviluppo. Contributo alla discussione

VITTORIO LINGUARDI
Università?? 

Il lungo processo di revisione che ha portato alla pubblicazione del DSM-5 nel maggio 2013 è contraddistinto da grandi numeri: dodici anni di proposte e dibattiti, più di mille professionisti della salute mentale coinvolti nei diversi gruppi di lavoro, circa duecentocinquanta disturbi mentali classificati, più di mille pagine per descriverli, circa tredicimila commenti sulla pagina web ufficiale dove sono state pubblicate le diverse stesure e proposte di revisione e, a oggi, più di mille pubblicazioni scientifiche presenti nei motori di ricerca del settore. Per non parlare dei volumi DSM-5-derived: dal *Desk Reference all'Handbook of Differential Diagnosis*, dai *Clinical Cases* alla *Pocket Guide to DSM-5 Diagnostic Exam*.

Revisione e aggiornamento diagnostico hanno seguito quattro principi guida: 1) il DSM-5 è concepito per essere un manuale usato dai clinici e quindi deve essere adatto alla pratica clinica di routine; 2) le sue indicazioni dovrebbero essere guidate dalle evidenze della ricerca empirica; 3) laddove possibile, dovrebbe essere mantenuta una certa continuità con le edizioni precedenti; 4) non dovrebbero essere posti dei vincoli a priori sul grado di cambiamento tra DSM-IV e DSM-5 (APA, 2013, p. 8). Promesse e premesse di un certo impatto, mirate ad accrescere l'*utilità clinica* del DSM-5 come guida nella diagnosi dei disturbi mentali.

L'uscita della quinta edizione del DSM, la prima contrassegnata da un numero arabo, è stata accompagnata, forse più delle precedenti, da accesi dibattiti e voci critiche. Tra le più autorevoli, quelle di Allen Frances (2013), già presidente delle Task Force del DSM-IV. All'interno di una più ampia riflessione sul ruolo della diagnosi psichiatrica, del DSM-5 Frances sottolinea la poca affidabilità, la scarsa maneggevolezza clinica, la tendenza all'iperdiagnostico e la palese medicalizzazione di

condizioni da molti ritenute fisiologiche, inevitabilmente destinata ad avvantaggiare le industrie farmaceutiche. Molte delle critiche di Frances sono condivisibili (vedi anche Del Corno, Linguardi e Migone, 2013), ma è indubbio che alcuni dei cambiamenti diagnostici introdotti dal Manuale meritano un'attenta riflessione. Riassumerli in poche pagine è impresa impossibile, dunque mi limito a citarne i principali: il tramonto della multiassialità; la maggiore «armonizzazione» con l'ICD-11, previsto per il 2017; l'importanza attribuita alle variabili culturali e di genere; l'eliminazione della sezione dei «disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza e nella prima adolescenza», a favore di una riorganizzazione dei quadri diagnostici secondo un ordine di esposizione basato sull'età tipica di esordio; l'eliminazione della categoria «non altrimenti specificato» (NAS) per introdurre diagnosi di disturbi «con altra specificazione» (in cui il clinico è in grado di riferire i motivi per cui il soggetto non soddisfa tutti i criteri previsti per una determinata categoria diagnostica) e «senza specificazione»; l'introduzione di scale di valutazione innovative, tra cui la WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS), mirate a dare maggiore accuratezza e flessibilità alle descrizioni cliniche. Revisioni di una certa rilevanza anche in diversi quadri clinici, tra cui: la creazione di una famiglia diagnostica definita «disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici»; la riformulazione dei disturbi dell'umore in due categorie diagnostiche: «disturbi depressivi» e «disturbi bipolari»; il frazionamento della ex-famiglia dei disturbi d'ansia in tre categorie distinte: «disturbi d'ansia», «disturbo ossessivo-compulsivo», «disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti»; il passaggio dalla diagnosi «disturbo dell'identità di genere» a quella di «disforia di genere», più connotata nel senso dell'esperienza soggettiva (per una rassegna approfondita, vedi Linguardi e Gazzillo, 2014).

Una delle novità più importanti è costituita dal tentativo di affrancarsi da quello che è stato da sempre uno dei più noti limiti del DSM (dalla terza edizione in poi): l'assunto di base per cui è possibile concettualizzare i disturbi mentali come entità discrete identificabili in

base alla presenza/assenza di un certo numero di sintomi-criteri, in altre parole una prospettiva prettamente *categoriale* sulla diagnosi. Il DSM-5 ha introdotto invece un «modello ibrido», che affianca un approccio *dimensionale* a quello *categoriale/politetico*: viene considerata non solo la presenza/assenza dei sintomi e delle sindromi, ma anche la loro gravità, intensità e frequenza. Molto attesa era poi la «rivoluzione» nella diagnosi dei disturbi di personalità, rivoluzione che tuttavia, prima ancora di compiersi, ha sollevato reazioni critiche più o meno unanimi: basti pensare alla presa di posizione di noti ricercatori e clinici di diverso orientamento teorico a suo tempo pubblicata sull'*American Journal of Psychiatry* (Shedler et al., 2010). Voci di protesta che, a pochi mesi dalla pubblicazione del manuale, hanno portato l'APA alla sorprendente ma saggia decisione di riproporre inalterate tutte le 10 categorie del DSM-IV e di collocare nella Sezione III (Proposte di nuovi modelli e strumenti di valutazione) quel «Modello alternativo per la diagnosi dei disturbi di personalità» che, costato cinque anni di lavoro, rimaneva ancora tutto da verificare.

Piuttosto complicato e non proprio *clinician-friendly*, il «Modello alternativo» prende tuttavia in considerazione aree di funzionamento individuale e relazionale che un buon diagnosta della personalità non può trascurare. In estrema sintesi, esso prevede la valutazione dimensionale del livello di compromissione nel funzionamento di personalità in due grandi aree, quella del sé e quella *interpersonale*, declinate rispettivamente in due sotto-dimensioni: *identità* e *auto-direzionalità* ed *empatia* e *intimità*. Un livello di compromissione da moderato in poi nel funzionamento della personalità (due o più aree compromesse) è indicativo della presenza di un disturbo. Fino a qui siamo nel «Criterio A», valutato con la *Levels of Personality Functioning Scale* (LPFS). Si procede quindi alla valutazione di 5 grandi *domini di tratto* patologici (affettività negativa, distacco, antagonismo, disinibizione e psicoticismo), ciascuno composto da specifiche *sfaccettature* del tratto (per un per un totale di 25). Questo è il «Criterio B», la cui valutazione è facilitata dal *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5). Secondo questo

modello, se il profilo del paziente corrisponde a uno dei disturbi descritti dal Manuale (caratterizzati dalla combinazione di specifici domini di tratto patologici e sfaccettature del tratto), si fa diagnosi di *disturbo specifico di personalità* (antisociale, evitante, borderline, narcisistico, ossessivo-compulsivo e schizotipico). Viceversa, in presenza di compromissione nelle aree del sé e interpersonale e di tratti patologici che però non corrispondono ad alcuno dei profili dei disturbi specifici, si fa diagnosi di *disturbo di personalità tratto-specifico* (che nel DSM-IV-TR sarebbe stata diagnosi di uno di questi disturbi di personalità: paranoide, schizoide, istrionico e dipendente, qui non più contemplati, oppure di Disturbo di personalità NAS).

Tornando all'impianto generale del DSM-5, l'introduzione di una prospettiva dimensionale ha portato con sé anche il concetto di *spettro*: «nonostante alcuni disturbi mentali possano avere confini ben definiti da cluster di sintomi, l'evidenza scientifica colloca ormai molti dei disturbi, se non tutti, all'interno di uno spettro di disturbi strettamente correlati che condividono sintomi, fattori di rischio genetici e ambientali, e potrebbero condividere substrati neurali. In breve, abbiamo dovuto riconoscere che i confini tra i vari disturbi sono meno impenetrabili di quanto si ritenesse in passato» (p. 6). Si è arrivati così alla «fusione in spettri dimensionali di aree diagnostiche prima separate» (p. 11). Inoltre, «è stato dimostrato che il raggruppamento dei disturbi in accordo con quelli che vengono chiamati fattori *internalizzanti* ed *esternalizzanti* rappresenta un approccio empiricamente fondato. All'interno sia del gruppo dei disturbi *internalizzanti* (caratterizzati da sintomi di tipo ansioso, depressivi e somatici) sia del gruppo dei disturbi *esternalizzanti* (rappresentato da disturbi con sintomi importanti e da uso di sostanze), la condivisione di fattori di rischio genetici e ambientali, come mostrato dagli studi sui gemelli, spiega probabilmente molte delle comorbidità sistematiche osservate sia nei campioni clinici sia in quelli della popolazione» (p. 15).

Se da una parte questo approccio potrebbe portare a un preoccupante abbassamento delle soglie diagnostiche, cioè a un ampliamento della popolazione che può ricevere

Contributi alla discussione

diagnosi psichiatriche, dall'altra sembra contribuire al riconoscimento di una certa *continuità*, se intesa in termini di *fattori di rischio* e non di causalità lineare, tra patologie dello sviluppo e dell'età adulta, e tra disturbi clinici e personalità. Particolarmente esemplificativo è il caso dei «Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta», di cui viene ipotizzata l'appartenenza a un comune spettro esternalizzante caratterizzato da disinibizione e mancata regolazione degli impulsi e della propria affettività, cosa che spiegherebbe l'alto livello di comorbidità di queste patologie con il disturbo antisociale di personalità. Tuttavia, viene sottolineato, «la natura specifica di questa diatesi condivisa rimane sconosciuta» (p. 540).

Se l'accentuazione della possibile continuità tra psicopatologia dello sviluppo e dell'età adulta riprende un tema ampiamente indagato nella letteratura clinica e empirica (e soprattutto conferma di uno degli assunti basilari della *developmental psychopathology*, per cui molte delle condizioni cliniche diagnosticate in età adulta possono essere considerate l'esito di un percorso eziopatogenetico che inizia già in età evolutiva), ci possiamo chiedere se ciò non privi questo ambito di studio dalla sua specificità diagnostica. Allargando lo sguardo su altre proposte diagnostiche, un riferimento necessario è il *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM Task Force, 2006), di cui è in lavorazione la seconda edizione (PDM-2), coordinata da chi scrive e da Nancy McWilliams (Lingiardi et al., 2015). Nel PDM-2 un ruolo strutturale verrà attribuito al punto di vista evolutivo, grazie alla proposta di una classificazione (separata ma in continuità) per fasce di età: una per la *prima infanzia* (Asse IEC, 0-3 anni, a cura di Anna Maria Speranza e Linda Mayes), una per *bambini* (4-10 anni, a cura di Norka Marlberg e Larry Rosenberg) e un'ultima per *adolescenti* (11-18 anni, a cura di Mario Speranza e Nick Midgley). Se nella prima viene dato un rilievo fondamentale alla *qualità della relazione* del neonato e del bambino piccolo con le proprie figure di riferimento (per esempio, con un Asse relativo ai pattern relazionali bambino-caregiver e l'introduzione della catego-

ria dei «Disturbi interattivi»), nella sezione sulla prima infanzia si sottolinea come sia proprio all'interno delle relazioni primarie che si sviluppa la personalità del bambino, si strutturano le sue difese e le sue capacità di regolare le emozioni, e si costruiscono le rappresentazioni di sé e dell'altro (Speranza e Fortunato, 2011). Inoltre, la valutazione del funzionamento mentale viene declinata all'interno di *developmental guidelines* che consentono al clinico di considerare cosa è possibile aspettarsi nelle diverse fasce d'età che costituiscono questo periodo evolutivo. Nella sezione Adolescenti, infine, la personalità viene descritta in termini di «pattern in formazione» (*emerging patterns*), concetto che evidenzia sia la continuità evolutiva dei processi che concorrono alla strutturazione della patologia di personalità sia la necessità di non ricorrere a etichette diagnostiche che sottendono cronicità e staticità eccessive. Inoltre, nel PDM-2 verrà incentivato un più stretto contatto con strumenti di valutazione specifici per questa fase dello sviluppo ed empiricamente validati, tra cui la *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* per adolescenti (SWAP-200-A; Westen et al., 2003), che indaga sia il funzionamento sano sia la patologia di personalità.

Questo mi permette di giungere all'ultimo, certo non per importanza, punto di questo breve contributo. Se coniugare il processo diagnostico con i più recenti riscontri scientifici ed empirici (come specificato nelle linee guida dell'APA stessa) è un proposito lodevole, va riconosciuto che questa nuova edizione del DSM è ancora lontana dal rispondere adeguatamente ai criteri di affidabilità, validità e utilità richiesti non solo dai clinici, ma anche dai pazienti, dalle loro famiglie, e dalle agenzie sanitarie. Questo con particolare riferimento all'imponente filone di ricerche che coinvolgono l'età infantile e l'adolescenza di cui è impossibile non tener conto. In questo senso, potremmo dire che il DSM-5, più che *revolutionary*, è *evolutionary*, «un "documento vivente" adattabile a scoperte future» (p. 14) che non va utilizzato acriticamente né criticato aprioristicamente, ma integrato con altri strumenti di approfondimento e con un ragionamento diagnostico che tenga conto di elementi fondamentali come la speci-

ficità della fase di sviluppo dell'individuo, le caratteristiche dell'ambiente socio-culturale in cui vive, e la considerazione del mondo relazionale in cui è inserito. Il DSM rappresenta un vertice osservativo che può guidare alcuni interventi clinici ma non tutti, pur costituendo un ausilio per ora difficilmente sostituibile nel tentativo di proporre un ordine (perfettibile, come testimoniano le successive riedizioni) nella eterogeneità dei sintomi e dei comportamenti che ogni operatore della salute mentale è chiamato a gestire quando dà inizio a quell'attività che si chiama «ragionamento clinico»; attività squisitamente soggettiva ma che, per distinguersi dal rimuginio solipsistico e autoreferenziale, deve essere nutrita anche da elementi esterni, controllabili e in qualche misura ordinati. La complessità delle operazioni diagnostiche e la loro manualizzazione non può essere banalizzata in posizioni unilaterali pro o contro il DSM, anche perché c'è il rischio che questa polarizzazione nasconda atteggiamenti perniciosi (antidiagnosticismo radicale, opposizione mente-cervello, antipsichiatria *naïf*, ecc.). Consapevoli che la crisi che sta attraversando la psichiatria, soprattutto se si fa riferimento all'infanzia e adolescenza, è in buona parte dovuta all'eccessivo condizionamento delle case farmaceutiche e a un'impostazione che privilegia il «paradigma tecnologico» a scapito della relazione interpersonale e dell'ascolto degli utenti/pazienti, ben comprendiamo le preoccupazioni di chi non vede nel DSM un alleato nel processo diagnostico. Vorrei ricordare però che il problema non è tanto o solo se il DSM è buono o cattivo, ma – e questo vale per ogni strumento diagnostico – se viene usato bene o male. Come sempre, insomma, è il clinico che fa la diagnosi: se è ottuso e burocratico, questo avverrà indipendentemente dagli strumenti che adotta.

Riferimenti bibliografici

- Del Corno, F., Lingiardi, V., Migone, P. (2014). Prefazione all'edizione italiana di Frances, A. (2013). *La diagnosi in psichiatria. Ripensare il DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina, XVII-XXVII.
- Frances, A. (2013), *La diagnosi in psichiatria. Ripensare il DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina.

- Lingiardi, V., Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., McWilliams, N., Bornstein, R.F., Gazzillo, F., Gordon, R.M. (2015). The Psychodynamic Diagnostic Manual Version 2 (PDM-2): Assessing patients for improved clinical practice and research. *Psychoanalytic Psychology*, 32(1), 94-115.
- PDM Task Force (2006). *Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM)*. Milano: Raffaello Cortina.
- Shedler, J., Beck, A.T., Fonagy, P., Gabbard, G.O., Gunderson, J.G., Kernberg, O.F., Michels, R., Westen, D. (2010). Personality disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 167(9), 1026-1028.
- Speranza, A.M., Fortunato, A. (2011). Infancy, childhood and adolescence in the diagnostics of the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM). *Bollettino di Psicologia Applicata*, 265(58), 53-65.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., Martens, A. (2003). Diagnosi di personalità in adolescenza. Un'alternativa empiricamente derivata alle diagnosi dell'Asse II del DSM-IV. In J. Shedler, D. Westen e V. Lingiardi (a cura di) (2014), *La valutazione della personalità con la SWAP-200. Nuova edizione*. Milano: Raffaello Cortina.

Running head: gli strumenti diagnostici del DSM 5

ALESSANDRO ZENNARO
Università 

L'intero processo di revisione del Manuale Diagnostico e Statistico di Disturbi Mentali (DSM), durato ben 14 anni, è stato caratterizzato da un intenso dibattito su numerosi aspetti ed ambiti. Note sono le discussioni e le divergenze in merito ai Disturbi della Personalità, alla Sindrome Psicotica Attenuata, alla riorganizzazione dei Disturbi Generalizzati dello Sviluppo e a molto altro ancora. Uno dei problemi che più ha occupato la task force è stato il tentativo di mantenere al passo degli sviluppi scientifici dell'ultimo ventennio la classificazione dei disturbi mentali (Black e Grant, 2014). L'evoluzione dei criteri diagnostici doveva, infatti, necessariamente tenersi al passo con le recenti

Contributi alla discussione

acquisizioni scientifiche, conseguenti all'impiego di nuovi strumenti per l'indagine dei fenomeni psicopatologici. Darrel A. Regier, il coordinatore della nuova edizione del DSM, designato nel 2000 dal NIMH, (Regier et al., 2011) aveva incluso fra le questioni importanti da affrontare nella nuova versione:

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

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

Gli strumenti diagnostici

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

Il primo è rappresentato dalla famiglia delle scale di valutazione dei sintomi trasversali di primo livello. Si tratta di 3 strumenti. (self report per adulti; guardian report per bambini/adolescenti fra i 6 ed i 17 anni e self report per soggetti fra gli 11 ed i 17 anni) che indagano 13 domini psicopatologici (12 per i

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

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

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

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

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

– il grado di disabilità, attraverso l'impiego della WHODAS 2.0, in sostituzione della Valutazione Globale del Funzionamento (VGF che costituiva l'asse V del DSM dalle III edizione in poi);

– l'intervista per l'inquadramento culturale (IIC), proposta allo scopo di consentire al clinico di investigare gli aspetti culturali potenzialmente coinvolti in aspetti chiave del quadro clinico oppure del processo di cura. All'intervista «base» sono associabili ulteriori moduli di approfondimento finalizzati a particolari popolazioni cliniche, quali: adolescenti, anziani, rifugiati ecc.;

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

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

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

nonché tutte quelle condizioni che non sono diagnosticabili attraverso una delle 6 categorie sopra richiamate.

La ragione per la quale ci soffermiamo su tale aspetto del DSM 5 è la stretta relazione, introdotta dalla Task force, fra valutazione dei tratti e delle sfaccettature (facets) della personalità e l'individuazione della categoria diagnostica appropriata. In definitiva, l'approccio alternativo alla diagnosi di personalità combina aspetti categoriali e dimensionali fondandosi su 2 livelli di valutazione. Il primo è lo screening dei disturbi del funzionamento in 2 aree ritenute fondamentali per l'attribuzione di una diagnosi di disturbo della personalità: funzionamento del Sé (comprensivo di 2 elementi: Identità e Autodirezionalità) e funzionamento interpersonale (anch'esso costituito da 2 elementi: Empatia e Intimità). Tale valutazione viene effettuata attraverso l'impiego della Scala del livello di funzionamento della personalità, articolata su 4 livelli: 0-4. Per la diagnosi di D.P. è necessaria una compromissione almeno di gravità 2 = moderata. Il secondo livello è invece costituito dalla valutazione dei tratti di personalità patologici e viene condotta attraverso l'impiego di una famiglia di strumenti (Personality Inventory for DSM, PID-5) che indagano 5 tratti di personalità: Affermità Negativa, Distacco, Antagonismo, Disinibizione e Psicoticismo, a loro volta articolati in 25 aspetti o sfaccettature (APA, 2013, pp. 779-781). Il risultato di tale processo a 2 livelli sarà l'attribuzione di una delle 6 categorie diagnostiche di D.P. oppure la diagnosi di PD-TS in cui vengono specificati i tratti e le sfaccettature compromessi.

Conclusioni

Il DSM 5 è un'opera monumentale che tenta di combinare assieme innovazione e radicamento nella tradizione consolidata dalle edizioni precedenti. Tale duplicità si palesa in più aspetti e talvolta (spesso) si ha l'impressione che le esigenze di conservazione abbiano prevalso sulle ambizioni di ammodernamento e rigore scientifico. Nello specifico, il riconoscimento dei numerosi problemi connessi

TAB. 1.

Obiettivo	Strumenti	Bambini 6/11	Ragazzi 11/17	Adulti
Strumenti di I livello				
Screening	Cross cutting symptoms di livello 1	Parent report	Self report	Self report
Strumenti di II livello				
Approfondimento domini psicopatologici	Scale presenti in letteratura	Parent report	Self report	Self report
		Phq/15- Promis Snap-Iv Ari Asrmi Nida-Assist	Phq/15 Promis Ari Asrmi C/Foci Nida-Assist	Promis Asrmi Phq15 Foci Nida-Assist
Strumenti di valutazione della severità del sintomo				
Valutazione gravità				
	Scale ad hoc	Clinician report	Self report	Self report
	Autism spectrum and social-communication disorder Psychosis symptoms Somatic symptoms disorder Oppositional defiant disorder Conduct disorder Non suicidal self injury		Depression/child	Depression/adult
			Separation/anxiety/child Specific phobia/child Social phobia/child Panic disorder/child Agoraphobia/child Generalized anxiety disorder/child Posttraumatic stress symptoms/child Acute stress symptoms/child Dissociative symptoms/child Personality inventory for DSM/Brief form/child-(PIDP/E5R/BSF0)N; Personality inventory for-DSM/5/child (PID/5)	Separation/anxiety/adult Specific phobia/adult; Social phobia/adult Panic disorder/adult Agoraphobia/adult Generalized anxiety disorder/adult Posttraumatic stress symptoms/adult Acute stress symptoms/adult Dissociative symptoms/adult Personality inventory for DSM/Brief form (PID/5/BF); Personality inventory for DSM/5 (PID/5); Personality inventory for DSM/5/Informant form (PID/5/IRF)

Tab. 1. (segue)

Altri strumenti	Valutazione del contesto e anamnesi	Scale ad hoc	Early development and home background clinician report
Early development and home background clinician report	Valutazione disabilità	Whodas 2.0	Early development and home background for parents of children 6/17
	Valutazione influenze culturali	Cultural formulation interview	
		Cultural formulation interview informant version	
		Supplementary modules for core cultural formulation interview	

Contributi alla discussione

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

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th Edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Black, D.W., Jon, E.G. (2014). *DSM-5® Guidebook: The Essential Companion to the Diagnostic and*

Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Pub.

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

Implicazioni del DSM-5 per la psicopatologia dello sviluppo. Contributo alla discussione

CLAUDIO VIO E DINO MASCHIETTO
Università? 

Il DSM si propone come una guida pratica, funzionale, ma anche flessibile perché utilizzabile da clinici e da ricercatori di differente orientamento teorico (es. biologico, psicodinamico, cognitivo, comportamentale, sistemico-relazionale, ecc.) e preparazione professionale (es. psichiatra, psicologo, assistente sociale, neuropsichiatra infantile). Lo scopo che accumuna i diversi professionisti è quello che ognuno dovrebbe sforzarsi di usare un linguaggio comune nel comunicare le caratteristiche essenziali del Disturbo evidenziato dal paziente in relazione all'età e al contesto di vita. Tuttavia, una descrizione precisa e completa delle cause dei processi patologici non è possibile per la gran parte dei disordini mentali.

Per questo motivo, l'**Attendibilità** della diagnosi (il grado in cui i diversi operatori concordano su una diagnosi fatta indipendentemente l'uno dall'altro, operazione questa iniziata con il DSM III nel 1980) e la sua **Validità** (riferirsi ad una determinata malattia sostenuta da un costrutto sottostante) sono due criteri che sembrano aver condizionato in modo rigoroso il lavoro dei diversi gruppi di lavoro del manuale.

Proviamo a descrivere allora l'approccio utilizzato dal DSM 5 (2013), con particolare riferimento alle patologie dell'Età Evolutiva.

Un approccio categoriale non sembra sufficiente nel definire in modo completo ed esaustivo i pattern clinici ed evolutivi dei diversi disturbi psicopatologici dello Sviluppo.

Vi sarebbe cioè la necessità di superare la diagnosi categoriale per

– Riconoscere, in modo precoce, sintomi, modalità di funzionamento, stili cognitivi, fattori contestuali riferibili ad esordio di traiettorie evolutive a possibile esito sfavorevole;

– Avviare interventi precoci, spesso multidimensionali, in relazione alla multidimensionalità dei fattori causali ed alla specificità clinica dei sottogruppi di pazienti, anche in relazione all'età.

Potrebbe allora essere maggiormente proficuo un inquadramento di tipo multidimensionale che tenga conto anche delle traiettorie evolutive.

Il metodo delle traiettorie evolutive (cfr. Lambruschi e Muratori, 2013) ben integra e completa l'approccio multidimensionale perché:

– permetterebbe di evidenziare la presenza e/o assenza di determinati comportamenti patologici (sintomi) nel corso dello sviluppo;

– consentirebbe di stabilire in quali fasi sono fisiologicamente presenti e quando si dovrebbero estinguere;

– faciliterebbe la definizione della loro forza (gravità del Disturbo);

– favorirebbe l'individuazione dei fattori individuali di persistenza e quindi dei fattori di rischio della «patologizzazione»;

– consentirebbe di valutare gli esiti ascrivibili alle diverse traiettorie evolutive;

– permetterebbe di individuare non solo l'eventuale esordio ma anche la continuità o discontinuità dei comportamenti in esame.

Anche una categorizzazione per sottotipi va in accordo con l'approccio dimensionale, nel loro comune riconoscimento della eterogeneità dei diversi disturbi.

Si parla allora di diagnosi dimensionale nel senso che i segni/i sintomi dei Disturbi psicopatologici rappresenterebbero un *continuum* di problematicità (*impairment*); si può incontrare un paziente che presenta dei sintomi che si possono collocare in un punto vicino alla dimensione normale del problema, non facilmente quindi distinguibile da una normale variazione dello sviluppo (o del comportamento normotipico), rispetto ad un altro paziente, i cui sintomi si collocano in modo inequivocabile in un punto della dimensione che esprime alterazione

dello sviluppo o del comportamento rispetto a quanto atteso in relazione al contesto e all'età. In questo secondo caso, la presenza di quel sintomo non pone dubbi al clinico degli effetti sul piano del funzionamento adattivo del paziente. Un esempio, prendiamo la dimensione di un disturbo d'ansia da separazione: la tensione anticipatoria quando viene affrontata la separazione può interessare solo alcune situazioni o può essere appena rilevante nelle fasi iniziali della richiesta e rientrare subito dopo la separazione; in altri casi le reazioni possono essere eccessive sempre in tutti i contesti esperienziali. Nel secondo caso, segni di angoscia, timori di restare da solo sono persistenti e presenti in ogni momento della giornata.

La differenza tra i due approcci sta nel fatto che l'analisi categoriale dei sottotipi si focalizza sulla individuazione di sottotipi di individui, mentre l'analisi dimensionale si focalizza sull'identificazione di sottotipi in base ai sintomi.

Per questi motivi, la successione dei Disturbi (sessione II) che contengono i criteri diagnostici è modificata rispetto alla precedente versione del DSM. Sulla base dei contenuti scientifici in ognuna delle dimensioni identificate, il processo di raggruppamento (*clustering*) diagnostico ha comportato la definizione dei sintomi (*markers*) del Disturbo. Almeno ad un primo livello di diagnosi (descrizione del Disturbo e suo livello di gravità), si dovrebbe arrivare ad una validità concorrente del procedimento diagnostico. Ecco allora che la definizione del sottotipo «Non Altrimenti Specificati» viene abbandonata per molti Disturbi.

La sessione II, inizia con un nuovo raggruppamento di Disturbi chiamato «Disordini Neuroevolutivi» e conclude il percorso della descrizione delle diagnosi psicopatologiche con i «Disordini neuro cognitivi», presenti in età adulta (es. Demenze).

Il manuale apre la sessione che contiene la descrizione dei sintomi dei numerosi disturbi psicopatologici, con le problematiche che si manifestano nelle prime fasi dello sviluppo, anche prima dell'ingresso alla scuola primaria, e che producono menomazione nel funzionamento sociale, accademico, occupazionale, nell'acquisizione delle autonomie personali (cfr.

Contributi alla discussione

per un approfondimento della sessione II, Vio e Lo Presti, 2014).

La nuova sessione definita «Neuroevolutiva» voluta dal gruppo di lavoro del DSM ha inteso raccogliere assieme quelle problematiche con elevata incidenza di indicatori biologici (es. familiarità, fattori di rischio genetici, anomalie nel substrato neuronale), non solo, la sessione raccoglie quei disordini dello sviluppo che possono manifestarsi in associazione tra loro: es. il Disturbo dello Spettro Autistico spesso presenta anche Disabilità Intellettiva, il Disturbo della Funzione Motoria spesso presenta ritardo di linguaggio, il Disturbo da Deficit di Attenzione/iperattività è spesso associato a Disturbo di Apprendimento, ecc.

Vi sono inoltre alcuni cambiamenti nei termini.

Si parla infatti di «Disabilità Intellettiva» e non più di Ritardo Mentale. L'introduzione del termine «Disabilità» viene intesa così come proposta dalla Classificazione Internazionale del Funzionamento (OMS, 2001), indica cioè una riduzione parziale o totale della capacità di svolgere un'attività nei tempi e nei modi considerati come normali, diretta conseguenza diretta di una menomazione o una reazione psicologica a una menomazione fisica, sensoriale o di altro tipo (Buono e Zagaria, 2003); il disturbo pervasivo dello sviluppo viene sostituito con «disturbo dello spettro dell'autismo».

Nella parte relativa ai Disordini della Comunicazione, troviamo la nuova espressione «Speech Sound Disorder» (disturbo della produzione della parola), prima indicato come Disordine Fonologico. In Italia, già dal 1995, U. Bortolini proponeva l'espressione «disturbo fonetico-fonologico» per indicare un problema che interessa l'organizzazione motoria necessaria a produrre la parola. Si tratta di questa difficoltà, molto comune tra i Disturbi di Linguaggio, che trova migliore definizione nello specifico sottotipo.

Il cambiamento, però, più importante all'interno dei Disturbi della Comunicazione è la presenza del Disordine della Pragmatica, o dell'uso sociale del linguaggio: questo in assenza ovviamente degli altri sintomi dello spettro autistico. Ciò significa che vi sono evidenze di ricerca

che queste problematiche hanno un decorso diverso da quanto previsto per i bambini autistici e necessitano di aiuti specifici.

Su questo Disturbo, inserito in una categoria «linguistica», la nostra perplessità è quella di considerarlo un problema psichico e non linguistico, un problema dove il peso del contesto è rilevante.

In questa sezione, viene anche inserita la balbuzie (disordine della fluenza), la cui insorgenza avviene durante l'infanzia, per questo indicata come balbuzie evolutiva, distinta dalle forme che insorgono dopo la fanciullezza o in età adulta.

Per quanto riguarda il Disturbo Specifico di Apprendimento vengono considerate problematiche che interessano oltre la lettura, la scrittura, il calcolo, anche il ragionamento aritmetico (non contemplato dalla normativa italiana), la comprensione di quanto letto e l'Espressione Scritta. Il disturbo dell'Espressione Scritta, riguarda sia la componente della scrittura (disortografia) sia quella dell'organizzazione del testo. Viene ancora contemplato l'utilizzo dei termini Dislessia e Discalculia. Infine, all'interno dei *Disturbi motori* vengono racchiusi tre diversi Disturbi: quello evolutivo della coordinazione (es. il bambino goffo, impacciato nei movimenti), per la cui diagnosi è importante indagare l'acquisizione delle seguenti abilità: imparare a fare le scale, abbottonarsi, eseguire puzzle, chiudere cerniere, ecc.; disordine dei movimenti stereotipici (movimenti ritmici della testa, delle mani, o del corpo senza una particolare funzione adattiva) ed i Tic. Anche questa classificazione è innovativa rispetto ai precedenti manuali, i disturbi ticcosi erano inseriti infatti all'interno del capitolo dei disordini emotivi. Questa suddivisione è certamente coerente con le conoscenze acquisite in questo settore.

Anche per i *Disturbi da Deficit di Attenzione/iperattività (ADHD)*, ci sono dei cambiamenti: viene introdotto il concetto di «disorganizzazione nel comportamento» che impedirebbe al bambino la permanenza sul compito, il non ascoltare quando è necessario, il perdere facilmente propri materiali; ancora, la comparsa dei sintomi viene innalzata a 12 anni (non più a 7), il disturbo si può associare ad

altre problematiche dello stesso gruppo (es. *Disturbo Specifico di Apprendimento*), come anche a disturbi di tipo «esternalizzante», come il *Disturbo oppositivo Provocatorio*. Non solo, la presenza di bassa tolleranza alla frustrazione, irritabilità o umore instabile, possono rappresentare una complicità di rilievo nel decorso del quadro clinico, per una possibile «evoluzione» verso un disordine del comportamento. Anche in questo ambito, il DSM-5 introduce un'altra importante novità: la sessione dei Disturbi Depressivi propone i criteri per la diagnosi del Disordine di *Disregolazione Dipendente dell'Umore* (p. 156). È un capitolo questo sul quale si è richiamata molta attenzione in questi anni, sia in ambito clinico sia in quello della ricerca, anche nel contesto italiano (vedi per un approfondimento Lambruschi e Muratori, 2013).

Infine, dove più si apprezza l'approccio dimensionale alla clinica è proprio con i Disturbi dello Spettro dell'autismo.

In passato, poteva accadere che un bambino di tre anni presentava i criteri per Disturbo di tipo Autistico, mentre a sei anni lo stesso bambino riceveva una diagnosi di Disturbo Pervasivo non Altrimenti Specificato.

L'idea quindi di ragionare su due principali dimensioni del Disturbo (definiti anche come cluster: il primo raccoglie i deficit nella comunicazione; il secondo la presenza di comportamenti ripetitivi, gli interessi circoscritti, la resistenza al cambiamento, ecc.) sembra semplificare il procedimento diagnostico e non richiedere al clinico la scelta di una precisa categoria di Disturbo (es. Asperger, Disturbo Disintegrativo?, altro?).

All'interno della «Dimensione autismo», tuttavia, con questa nuova procedura possono racchiudersi quadri clinici molto differenti tra loro. Per questo motivo, allo scopo di differenziare i diversi livelli di funzionamento adattivo, il DSM accompagna la diagnosi di Disturbo dello Spettro dell'Autismo con l'indicazione del livello di gravità dei sintomi (tab. 2, p. 52 del DSM 5, 2013), non solo, ma anche da altre caratteristiche cliniche rilevanti come il livello di acquisizione del linguaggio e lo sviluppo della abilità cognitive.

L'eliminazione del criterio di anomalie nello sviluppo e nell'uso del linguaggio, inoltre, potrebbe facilitare la diagnosi dei soggetti con autismo che hanno uno sviluppo del linguaggio nella norma, che con i criteri utilizzati prima dell'introduzione del DSM 5 tendevano a essere identificati più tardi rispetto ai soggetti con assenza o sviluppo atipico della comunicazione verbale.

Resta infine, da segnalare l'eliminazione del criterio «anomalie del linguaggio» per la diagnosi: questa scelta potrebbe facilitare la diagnosi dei soggetti con autismo che hanno uno sviluppo del linguaggio nella norma. Va tuttavia ricordato che l'introduzione del Disturbo Pragmatico della Comunicazione (nuova categoria di «Disturbo della Comunicazione Sociale»), distinto dai Disturbi dello Spettro Autistico, richiede al clinico di prestare particolare attenzione al fatto che i sintomi appartenenti ad un unico cluster (il secondo descritto sopra, presenza cioè di stereotipie motorie, oppure l'inflessibile aderenza alle routine, oppure interessi ristretti, ecc.) non facciamo parte di questo quadro clinico. Il rischio avanzato da alcuni è che alcuni bambini che prima dell'introduzione del DSM-5 appartenevano all'interno della famiglia dei «Disturbi Pervasivi», ora invece hanno cambiato diagnosi in Disturbo della pragmatica della comunicazione, in un momento in cui ancora poco sappiamo sul trattamento ed i supporti di cui questi pazienti avrebbero bisogno in ambiente scolastico, familiare, sociale (Vivanti, 2012).

Riferimenti bibliografici

- APA (2013). *DSM 5 – Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Bortolini, U. (1995). *I disordini fonologici*. In G. Sabbadini (a cura di), *Manuale di neuropsicologia dell'età evolutiva*. Bologna: Zanichelli, 324-357.
- Buono, S., Zagaria, T. (2003). Ciclo evolutivo e Disabilità. *Life Span and Disability*, 6(1), 121-141.
- Lambruschi, F., Muratori, P. (2013). *Psicopatologia e psicoterapia dei disturbi della condotta*. Carocci Editore: Roma.
- OMS (2002). *ICF – Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*. Trento: Erickson.

Contributi alla discussione

Vio, C., Lo Presti, G. (2014). *Diagnosi dei disturbi Evolutivi*. Trento: Erickson

Vivanti, G. (2012). Autismo verso il DSM-5. *Autismo e Disturbi dello Sviluppo*, 10(3), 395-404.

Luci e ombre nel disturbo dello spettro autistico come descritto dal DSM V

MICHELE ZAPPELLA
Università 

La nuova definizione del Disturbo dello Spettro Autistico nel DSM si presta a numerose considerazioni. In primo luogo va preso in esame il linguaggio usato in questa versione confrontandolo con le precedenti. La prima cosa che si nota è la scomparsa della parola «pervasivo»: è la liberazione da un termine che era sostanzialmente sbagliato. Difatti, specialmente negli adolescenti e negli adulti con buona intelligenza, il disturbo autistico non è costante: spesso in alcune situazioni sociali riescono a controllarsi e a non manifestare, per esempio, quelle modalità ripetitive nei gesti e nel parlare che sono importanti per la diagnosi. Ma anche bambini di pochi anni possono avere, in certe circostanze e in presenza dei familiari, comportamenti affettuosi di reciprocità e partecipazione, mentre, in altri contesti sociali, la loro difficoltà di relazione e di comunicazione diventa palese e significativa. Con questo è bene cancellare subito un'espressione ancora più infelice, quella di «Disturbo Generalizzato dello Sviluppo» in cui l'aggettivo è l'unica componente specifica e, oltre che sbagliata, è anche una traduzione brutta e inadeguata.

I criteri per il Disturbo dello Spettro Autistico, ovviamente più dettagliati nella versione originale, sono stati sintetizzati da W.E. Kaufmann, uno dei consulenti per i disturbi del neurosviluppo (si veda su internet alla voce W.E. Kaufmann, *DSM-5 The new diagnostic criteria for the autistic spectrum disorder*) e sono i seguenti:

A. Deficit persistenti nella comunicazione e nell'interazione sociale con le 3 voci seguenti:

1. deficit nella reciprocità socio-emotiva;

2. deficit nei comportamenti non verbali comunicativi usati per l'interazione sociale;

3. deficit nello sviluppare e mantenere le relazioni;

B. Modalità di comportamento, interessi o attività ristrette e ripetitive in almeno due delle voci seguenti:

1. modalità stereotipate e ripetitive nel parlare, nei movimenti o nell'uso degli oggetti;

2. un eccessivo attaccamento alle *routines*, a modalità ritualizzate di comportamento verbale o non verbale, o una eccessiva resistenza al cambiamento;

3. interessi troppo prevalenti e fissi, anormali per l'intensità o per la focalizzazione;

4. iper- o ipo- reattività sensoriale o interessi inusuali in aspetti sensoriali dell'ambiente.

C. I sintomi devono essere presenti nei primi anni di vita (ma possono manifestarsi in maniera più completa quando la domanda sociale supera le capacità).

D. I sintomi nel loro insieme limitano il funzionamento quotidiano.

Seguire acriticamente schemi diagnostici fatti altrove è una caratteristica presente nel nostro paese da vent'anni e questo deve farci riflettere sui danni che comporta. Una nota positiva è aver escluso da questo gruppo di disturbi la sindrome di Rett, malattia ormai ben definita, e il disturbo disintegrativo.

Dalla triade alla diade

Il fatto di maggior rilievo è il passaggio da tre a due gruppi di sintomi, in quanto i deficit nell'interazione sociale e quelli nella comunicazione vengono messi insieme in unico gruppo. A questo riguardo si può notare che lo schematismo del DSM-IV ne rendeva più semplice l'uso e non si individuano i vantaggi nell'aver eliminato la voce relativa all'interazione alterata nel gioco con i coetanei (A.2). Nel DSM-IV, infatti, veniva descritta una difficoltà specifica dei bambini piccoli con autismo ovvero la difficoltà a orientarsi con i coetanei che spesso cambiano attività e giochi. I bambini piccoli con autismo, infatti, spesso funzionano meglio con l'adulto che sa adattarsi al bambino e sa guidarlo:

un riferimento che rimane utile per la diagnosi precoce. Non è una buona idea togliere alcuni punti come la «mancanza del linguaggio verbale non accompagnata da modi alternativi di comunicare per via gestuale o mimica» (B.1 del DSM-IV), la «capacità di iniziare e sostenere una conversazione con altri» (B.2, *ibidem*), le peculiarità del linguaggio di numerose persone con disturbo autistico (B.3, *ibidem*) per sostituirlle con frasi certamente esatte come la «difficoltà di adattare il comportamento per adeguarsi ai diversi contesti sociali» (vedi testo originale completo), frasi che vanno benissimo ma non comprendono i concetti esposti in precedenza. È sicuramente appropriato, invece, aver sostituito la «mancanza di gioco imitativo e simbolico» del DSM-IV con un «deficit nel condividere giochi di fantasia» che troviamo nella versione completa del DSM-5.

Ciò che manca del tutto, nella valutazione di questo gruppo di sintomi, è un metodo relativo alle strategie di osservazione e ai modi e ai criteri da usare nelle diverse fasce di età. Il lettore, per esempio, può pensare che visitare un bambino di pochi anni con sospetto autismo in un ambiente freddo, distante, pieno di camici bianchi, senza genitori, dia risultati analoghi a una visita condotta in ambiente rassicurante, con persone senza camice e che sanno in primo luogo valorizzare il bambino, sanno tener conto e gestire l'ansia dei genitori, motivare il piccolo a far uso dei giochi sia nei modi che nella disposizione degli stessi nella stanza. In gravi malattie neurologiche, come, per esempio, la sindrome di Rett, modi sgarbati da parte dei professionisti influenzano poco la diagnosi: il danno neurologico è così grave per cui l'ambiente conta poco sui sintomi. Ma per bambini piccoli con disturbo dello spettro autistico o con difficoltà di relazione e di comunicazione di altra natura, con i quali si pone la diagnosi differenziale, l'ambiente è molto importante. Non tenerne conto determina un alto rischio di dare una diagnosi inappropriata di autismo a bambini che hanno disturbi del tutto diversi come quelli che riguardano la coordinazione motoria, la disprassia, l'ansia sociale, il mutismo elettivo e varie forme di disturbi del linguaggio fino all'agnosia verbale, condizioni che sono spesso in-

trecciate tra loro e con altri come l'alterazione dell'attenzione con iperattività e che richiedono interventi riabilitativi del tutto diversi.

La voce B è il gruppo meglio descritto nel DSM-5 nelle sue diverse voci, arricchisce gli elementi su cui basare la diagnosi e comprende particolari aggiuntivi importanti, come i disturbi sensoriali. A questo riguardo, tuttavia, ci sembra giusto notare che andava aggiunto da qualche parte, nella diagnosi differenziale, che una persona su dieci ha, per esempio, una iperacusia. Le voci C e D rientrano fra le considerazioni positive.

Se consideriamo globalmente il DSM-5, si ha l'impressione che i consulenti avessero più in mente le forme di disturbo autistico ad alto funzionamento di quanto non fosse nel DSM-IV. Vi sono, difatti, molti più dettagli che vanno in quella direzione e non si può non ricordare nel confronto, la maniera imprecisa con cui, per esempio, nel DSM-IV veniva descritta la sindrome di Asperger, ora riassorbita all'interno del disturbo autistico stesso. Ciò è probabilmente la controparte di una diagnosi molto più frequente delle forme ad alto funzionamento di oggi, rispetto a un paio di decenni fa, quando con il DSM-IV le diagnosi erano circa del 50%.

Disturbo o dimensione?

Nel DSM-5 vengono inseriti degli specificatori che definiscono il quadro in base alla gravità e ai deficit verbali e cognitivi: ma qui si rendono anche palesi delle forzature che vogliono far passare come «disturbo» quello che è una dimensione autistica, epifenomeno comorbido di ben precise cerebropatie. Nell'edizione italiana si legge, per esempio, «disturbo dello spettro dell'autismo associato a sindrome di Rett»: in questo modo si scambia una malattia ben definita sul piano genetico e clinico, la sindrome di Rett, che come tale deve essere il primo referente, con un comportamento, quello autistico, che non è un disturbo ma una comorbidità della malattia stessa, né più né meno che l'epilessia, la disabilità intellettiva, ecc. Una dizione così radicalmente sbagliata può indurre a terapie improprie, per esempio,

Contributi alla discussione

con l'uso di terapie a prevalenza visiva, quando qui la prevalenza è uditiva, pertanto può succedere che ragazze con la variante a linguaggio conservato (Zappella's variant nella classificazione internazionale), nelle quali il comportamento autistico è frequente, vengano riabilitate col metodo TEACCH, invece di puntare a migliorare la comunicazione e a valorizzare le aree forti come la musica. Stesse considerazioni per altre cerebropatie come le facomatosi, la fenilchetonuria, ecc.

A questo riguardo appare dubbia in generale la validità del termine «disturbo» applicato allo spettro autistico, un termine omologo a condizioni che hanno ben altra compattezza sintomatologica ed eziologica come i disturbi dell'umore e la schizofrenia. In realtà se si prendono in esame i disturbi del neurosviluppo ci sono due principali dimensioni che vengono compromesse: una è quella cognitiva, la cui controparte è la disabilità intellettiva, l'altra è quella relazionale e comunicativa che corrisponde appunto a quella autistica. Queste due dimensioni spesso si sovrappongono e in entrambi i casi ci sono delle cerebropatie ben conosciute e condizioni ancora poco definite. Trasformare in disturbo una di queste due dimensioni è l'inizio di una serie di sbagli. Difatti, un errore tira l'altro, e il successivo è quello della inguaribilità di questo supposto «disturbo» autistico, affermazione che ignora una ricca letteratura internazionale e nordamericana che comprende numerose casistiche su centinaia di casi con percentuali importanti di completa guarigione del comportamento autistico (1; 2) e una varietà di condizioni in cui il comportamento autistico, che, se appropriatamente diagnosticato, possono essere curate ognuna con la sua specificità di volta in volta farmacologica o relazionale o di altro tipo, nel qual caso si può avere un miglioramento o una guarigione completa. Così nella grave e precoce privazione, già descritta da John Harlow nelle scimmie *macacus rhesus* negli anni '50 (3), e riproposta, nella dimensione della privazione istituzionale, da Rutter e dal suo gruppo (4), che può essere migliorata o del tutto risolta con affidamenti familiari, specie se entro i primi due anni, in bambini esposti a maltrattamenti, in bambini con

ben precise forme epilettiche a esordio precoce come la sindrome di Landau e Kleffner (5), nella rosolia intrauterina, in bambini congenitamente ciechi, nella sindrome dismaturativa e in una parte di giovani con sindrome di Asperger (6): per dirne soltanto alcune delle più note.

Diagnosi o minacciosa etichetta?

Non viene preso in esame in alcun modo, quanto sappiamo ormai da numerosi studi, cioè che la diagnosi di autismo ha un effetto dirompente sui genitori, in una dimensione molto maggiore di tutti gli altri disturbi del neurosviluppo. In particolare, la grande maggioranza delle madri va in depressione – l'87% in uno studio di Taylor (7) – e spesso rimane depressa anche negli anni successivi. Questo deve avere un grande rilievo nella diagnosi, nei modi e nei tempi in cui comunicarla e nelle cautele, per cui la diagnosi precoce rischia pesantemente di essere un danno, ferendo emotivamente i pilastri della vita relazionale del bambino: i suoi genitori. Bisogna anche chiedersi quando questa diagnosi può diventare un'etichetta minacciosa per il futuro di una persona: ad esempio, quale sarebbe stato il destino di Alan Turing, il genio matematico, ben descritto nel recente film «The imitation game», se avesse avuto da bambino la diagnosi di autismo?

In conclusione.

1. Il rifiuto di prendere in esame le differenti forme reversibili ne ostacola la cura, che è spesso specifica, e rischia di chiudere in un percorso autistico obbligato bambini che avevano, invece, bisogno di una terapia appropriata. In questo modo la profezia di inguaribilità si autoconferma e contribuisce probabilmente a gonfiare la prevalenza attribuita al disturbo autistico.

2. La pretesa inguaribilità, peraltro, apre la porta all'uso totalitario (per gran parte del giorno) di alcune terapie, specialmente quelle comportamentali: se «uno» è il disturbo, «una» è la migliore terapia. Un'implicita considerazione può essere che il disturbo è inguaribile ma – seguendo una ben nota ideologia anglosassone – lavorando sodo può migliorare.

3. Proporre la stessa etichetta diagnostica a forme gravissime e a quelle ad alto funzionamento è un elemento che probabilmente rinforza lo stigma sociale sia al momento della diagnosi che in epoche successive della vita come a scuola e nel lavoro. Sarebbe bene che l'etichetta stessa di autismo fosse messa in discussione e ci si chiedesse quando deve restare nelle mani del solo professionista, quando e come va comunicata ai familiari, e se ha un senso che venga diffusa ai quattro venti nella scuola.

I pochi pregi e i gravi difetti del DSM-5 per l'autismo fanno parte di una strategia generale oggi corrente che estende l'esclusione e propone una società dei diversi, ognuno con la sua etichetta, e, come è ormai prassi nei paesi anglosassoni, con le loro scuole speciali e i percorsi scolastici precocemente differenziati, e nel nostro Paese con l'attribuzione, sempre più frequente dei BES e degli insegnanti di sostegno.

Un'alternativa a questo modo di procedere comprende, in primo luogo, l'esigenza di liberarsi da una serie di errori gravi che riguardano la diagnosi, le sue modalità, le varie forme di disturbi autistici e il loro esito, in secondo luogo la capacità di proporre un metodo adeguato per la diagnosi (come da due secoli si fa in medicina generale), e far sì che la medesima sia strettamente collegata nei suoi modi e nel suo uso al cosa fare per il bene dell'altro.

Riferimenti bibliografici

- Deonna, T., Roulet-Perez, E. (2010). Early acquired epileptic aphasia (Landau and Kleffner syndrome LKS) and recessive autistic disorders with epileptic abnormalities. The continuing debate. *Brain Dev*, 32, 746-752.
- Zappella, M. (2012). Reversible autism and intellectual disability in children. *Amer J Med Genet Seminars of Medical Genetics*, 160, 111-117.
- Fein, D., Barton, M., Eigsti, I.M. et al. (2013). Optimal outcome in individuals with a history of autism. *J Child Psychol Psychiatry*, 54, 195-205.
- Harlow, J. (1958). The nature of love. *Amer Psychol*, 13, 673.
- Rutter, M., Kreppner, J.M., O'Connor, T.G., English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team

(2001). Specificity and heterogeneity in children responses to profound institutional deprivation. *Brit J Psychiat*, 179, 371.

Taylor, J.L., Warren, Z.E. (2012). Maternal depressive symptoms following autistic spectrum diagnosis. *J Autism Dev Disord*, 42, 1411-1418.

Zappella, M. (2005). The question of reversible autistic behaviour in autism. In M. Coleman (a cura di), *The Neurology of Autism*. Oxford: University Press.

Una finestra sul DSM-5: i disturbi del neurosviluppo e l'autismo

FILIPPO MURATORI
Università?? 

Allen Frances (Frances, 2013) cita uno dei Proverbi del Vecchio Testamento (Proverbi 16, 18 «La superbia precede la rovina») per dire che il DSM-5 è partito da tante proposte robotanti per poi non riuscire a raggiungere neppure gli standard minimi. La superbia del DSM-5, secondo Allen Frances, è stata quella di voler introdurre un cambiamento di paradigma nella diagnosi psichiatrica a tre livelli diversi:

1) collegare la diagnosi psichiatrica alle scoperte delle neuroscienze. Questo è effettivamente ciò che i clinici si aspettavano con ansia: come la diagnosi psichiatrica sarebbe stata collegata al funzionamento cerebrale per come viene descritto dalle neuroscienze. In realtà ci si è resi conto che questo processo di avvicinamento tra conoscenza del cervello, malattia e diagnosi psichiatrica è ancora agli inizi e, nella versione pubblicata, si è malamente risolto nelle poche osservazioni sui fattori di rischio ora individuati all'interno di ogni singolo disturbo e nell'eliminazione di un asse separato. Inoltre l'eliminazione degli assi III e IV potrebbe limitare la spinta ad acquisire e sistematizzare in clinica nuove informazioni sui fattori endogeni ed ambientali.

2) Allargare i confini della psichiatria clinica attraverso la descrizione della malattia ai suoi esordi al fine di sviluppare terapie preventive. Qui l'esempio è quello dell'esordio della schizofrenia. Il tentativo (fallito) è stato quello di introdurre all'inizio del capitolo dedi-

cato ai disturbi dello spettro schizofrenico la «Sindrome di rischio psicotico» poi diventata «Sindrome di psicosi attenuata» caratterizzata dalla presenza di almeno uno dei classici sintomi della schizofrenia (deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato) ma in forma attenuata e con concomitante test di realtà relativamente intatto (Criterio A) e con la precisazione che tali sintomi: siano presenti almeno una volta a settimana nell'ultimo mese (Criterio B), siano iniziati o peggiorati nell'ultimo anno (Criterio C), siano sufficientemente disturbanti e disabilitanti per il soggetto o per il tutore tanto da portarlo a richiedere aiuto (Criterio D). Ma i rischi della introduzione di questo disturbo, e cioè il rischio di diagnosticare persone sane (scarsa sensibilità), la mancanza di una terapia efficace per prevenire, e la presenza di terapie non sicure, ha portato a spostare questa diagnosi, come altre su questa direzione, in un'area in attesa di verifiche.

3) Rendere la diagnosi psichiatrica più agevole, quantificando numericamente i disturbi invece di dar loro semplicemente un nome. A tale proposito le valutazioni dimensionali proposte si sono rivelate troppo complesse per poter essere usate in clinica. E così l'altra attesa (quella di un DSM-5 maggiormente dimensionale) è andata profondamente delusa. Si parla ad esempio di disturbi dello spettro schizofrenico ma al suo interno restano descritte malattie attraverso il classico stile categoriale.

Se in generale questi tre (troppo) ambiziosi obiettivi non sono stati raggiunti, le cose sono andate diversamente per i Disturbi dello spettro autistico. Bisogna anzitutto dire che tali disturbi sono ora inseriti tra i disturbi del neurosviluppo (NeuroDevelopmental Disorders – NDD) che sono collocati in apertura del DSM-5 secondo una organizzazione di tutti i disturbi psichiatrici in una ottica *lifespan* che segue il punto di vista dello sviluppo dall'infanzia all'età adulta e senile. Il termine NDD non è semplicemente un termine diverso per descrivere quelli che nel DSM-IV erano i disturbi ad esordio nell'infanzia (e che poi erano diventati disturbi della psichiatria infantile di cui gli psichiatri degli adulti potevano disinteressarsi), bensì un chiaro tentativo di spostare il concetto

di sviluppo a tutte le età della vita e non solo a quella infantile. Ciò è evidente sia nel descrivere la sequenza di tutti i disturbi nel DSM-5 che i disturbi all'interno di ciascuna categoria che viene fatta in base alla loro più frequente comparsa nelle età più precoci. Ma esso è anche evidente nel collocare tra loro vicine categorie ipoteticamente simili perché da intendere come NDD (ad esempio: Disturbi dello spettro autistico/NDD – Disturbi dello spettro schizofrenico – Disturbi Bipolari). Ciò fa intravedere che in futuro i disturbi del neurosviluppo andranno ad occupare molti dei disturbi psichiatrici man mano che sarà più chiara la loro connessione con alterati meccanismi cerebrali precoci. I NDD sono infatti identificati come disturbi precoci dello sviluppo cerebrale (brain disorders o meglio developmental brain disorders) ad espressione mentale: il concetto di NDD vede i segni e sintomi comportamentali come espressione di uno stadio tardivo di una organizzazione atipica (delle connessioni) del cervello. Il criterio età allora non ha più senso; i sintomi comportamentali possono manifestarsi ad una età precocissima come nell'autismo, ma anche nel corso dell'infanzia come nell'ADHD, o durante e dopo l'adolescenza, come nella schizofrenia. In ogni caso essi implicano la necessità di diagnosi e di intervento precoce prima che i sintomi comportamentali diventino chiaramente manifesti: per questo è stato introdotto il nuovo interessante concetto di «Pre-emptive strategy» cioè di poter mettere in atto strategie che impediscano la creazione del «vuoto» creato dal processo patologico cerebrale (un po' come in medicina si cerca di fare per il cancro o i disturbi cardiovascolari).

Tra i NDD sono collocati i Disturbi dello Spettro Autistico (ASD). Si tratta di una vera innovazione del DSM-5, considerata sufficientemente matura soprattutto in base al soddisfacente accordo, tra i membri della *task force* del DSM-5 dedicata a questi disturbi, sulla scarsa evidenza che le categorie precedentemente collocate dal DSM-IV all'interno dei disturbi pervasivi dello sviluppo rappresentassero effettivamente delle categorie adeguate alle nuove conoscenze neurobiologiche (cioè non avevano costruito autonomo per fattori

biologici, genetici o neuropsicologici). Così si è preferito azzerarle e considerare i disturbi autistici come disturbi in attesa di una migliore comprensione sia in senso diagnostico che di traiettorie evolutive nel corso dello sviluppo.

Gli ASD sono ora descritti come disturbi che interessano due dimensioni: quella della socio-comunicazione (Criterio A) e quella degli interessi ristretti, dei comportamenti stereotipati e dei disturbi sensoriali (Criterio B). In particolare la dimensione sociocomunicativa viene descritta, anche al suo interno, in modo dimensionale come caratterizzata da tre indici che devono essere tutti interessati secondo dei livelli diversi che vanno a descrivere uno spettro clinico molto ampio di soggetti (Santocchi e Muratori, 2001). Tali indici sono:

1) deficit di reciprocità socioemotiva che può andare da un approccio sociale anormale e difetto di conversazione dialogica, ad una ridotta condivisione di interessi, emozioni, affetti e risposte, fino ad una totale mancanza di iniziativa nella interazione sociale;

2) deficit nei comportamenti comunicativi non verbali usati nell'interazione sociale che può andare da una povera integrazione della comunicazione verbale e non verbale, ad anormalità nel contatto oculare e nel linguaggio corporeo o deficit nella comprensione e nell'uso della comunicazione non verbale, fino ad una totale mancanza di espressione facciale o di gesti;

3) deficit nello sviluppo e mantenimento di relazioni appropriate al livello di sviluppo, che può andare da difficoltà nell'adattare il comportamento in base ai diversi contesti sociali, a difficoltà nel condividere il gioco immaginativo e nel fare amicizie, fino alla assenza di interesse per le persone.

Il Criterio B risente maggiormente della precedente descrizione categoriale ma vi sono almeno due punti da sottolineare: per prima cosa esso ha la stessa dignità del Criterio A diventando un criterio che non può essere omesso nel processo diagnostico (da sottolineare che nel DSM-5 non esiste più la possibilità di una categoria NAS fonte di grande confusione nel DSM-IV e responsabile di diagnosi troppo facili); in secondo luogo in questo crite-

rio (oltre alle già ben note eccessiva aderenza a *routines*, *pattern* ritualizzati di comportamenti verbali o non verbali, eccessiva resistenza al cambiamento, rituali motori, linguaggio, movimenti motori o uso degli oggetti stereotipati o ripetitivi, stereotipie, ecolalia, interessi molto ristretti e anormali per intensità o focalizzazione) viene introdotta una nuova area clinica sino ad ora assente tra i criteri di autismo: la iper- o ipo-reattività ad input sensoriali o interessi inusuali per aspetti sensoriali dell'ambiente (come indifferenza al dolore/freddo/caldo, risposte aversive a specifici rumori o stimoli visivi, eccessivo uso dell'odorato o del tatto con oggetti, fascinazione da parte di luci od oggetti in movimento rapido).

In accordo con il concetto di NDD, il DSM-5 indica gli ASD come disturbi i cui sintomi possono essere presenti molto precocemente ma che possono non essere pienamente chiari fino a che le richieste sociali non eccedono le limitate capacità del soggetto; e quindi possono diventare chiari e motivo di consultazione anche solo in età scolare o adolescenziale o anche in età adulta.

Infine, le difficoltà abilità sociocomunicative e la rigidità degli interessi e dei comportamenti ripetitivi entrano in una diagnosi di ASD solo se limitano il funzionamento quotidiano: cioè la limitazione funzionale (con diversi livelli di chiara necessità di aiuto) è criterio obbligatorio e non accessorio. Se la sintomatologia non comporta limitazione funzionale e necessità di aiuto non si può fare diagnosi di ASD. Quindi nel caso degli ASD la preoccupazione che i criteri del DSM-5 siano troppo larghi è molto ridotta. Anzi i criteri più (e secondo alcuni troppo) stringenti rispetto a quelli del DSM-IV potrebbero far sì che molti soggetti con pregressa diagnosi di autismo secondo i criteri del DSM-IV, ora, secondo i criteri del DSM-5, escano dallo spettro dell'autismo. È esattamente la preoccupazione opposta rispetto a quella di un DSM-5 il cui rischio maggiore potrebbe essere quello di iperdiagnosticare soggetti sani. Effettivamente una serie di studi hanno messo in luce una buona specificità del DSM-5 ma una bassa sensibilità rispetto al DSM-IV (Mattila *et al.*, 2011; McPart-

land, Reichow e Volkmar, 2012) ; per questo motivo alcuni sostengono la necessità di un abbassamento della soglia al fine di andare a catturare più disturbi all'interno dello spettro. Ciò è particolarmente sostenuto da chi non è d'accordo con la eliminazione dal DSM-5 della sindrome di Asperger che, al pari delle altre categorie, è stata esclusa perché non ancora sufficientemente definita nelle sue caratteristiche neuropsicologiche differenziali rispetto ad esempio agli autismi ad alto funzionamento (Miller e Ozonoff, 2000). Questo problema è stato parzialmente risolto introducendo tra i disturbi del linguaggio il disturbo socio-pragmatico del linguaggio in cui il disturbo socio-comunicativo del tutto simile a quello degli ASD non si associa all'interessamento dell'area degli interessi ristretti e delle stereotipie (Swineford et al., 2014).

Il DSM-5 avrebbe voluto poter introdurre il concetto dimensionale di spettro in modo molto più esteso ma esso è stato in realtà utilizzato appieno solo per gli ASD. È allora necessario porsi alcune domande su cosa intendiamo per «spettro» termine sul quale lo stesso DSM-5 non è del tutto chiaro anche se pare riferirsi solo ad alcuni dei tre possibili significati.

1. «Spettro» può riferirsi alla natura dimensionale delle caratteristiche principali dell'autismo all'interno di una popolazione clinica (ad esempio differenze nella gravità, nelle modalità di presentazione dei sintomi, ecc.). Qualcosa di simile era già stato proposto negli anni '70, in epoca pre DSM-III, da Lorna Wing che aveva sottolineato la diversità di presentazione dei disturbi autistici (i bambini «ritirati», quelli «passivi», quelli «attivi ma bizzarri» e i «loners»).

2. «Spettro» può riferirsi alla continuità tra popolazione generale e popolazione clinica. Questo punto di vista implica il concetto di «tratti autistici» che occupano tutti gli esseri umani. Chi ha più esplorato questo significato di spettro è S. Baron Cohen che ha sviluppato questionari specifici per indagare queste dimensioni come il Quantitative Checklist for Autism in Toddlers [Q-CHAT per bambini sotto i 24 mesi di vita] e l'Autism Spectrum Quotient per bambini, adolescenti e adulti. Questi que-

stionari indagano i tratti autistici attraverso domande che attraversano il funzionamento normale di bambini e adulti del tipo: «tende a notare dettagli che altri non notano» oppure «diventa irritato in situazioni con troppi stimoli». Si tratta di questionari che arrivano a descrivere una distribuzione continua dei punteggi sostenendo l'idea che l'autismo sia uno spettro che, a partire dagli estremi della patologia, si estende nella popolazione generale. Dallo studio dei tratti deriva l'ampia letteratura sul fenotipo autistico allargato (BAP) che ha aperto nuove vie per l'indagine genetica. In tali situazioni il criterio D (limitazioni del funzionamento) diventa centrale per evitare diagnosi cliniche laddove non necessario.

3. «Spettro» può riferirsi ai sottogruppi. Sempre più si parla e si parlerà di «autismi» per esplicitare la grande eterogeneità dei disturbi che insistono dentro lo spettro. Il DSM-5 se da una parte ha cercato di svincolarsi dai sottogruppi intesi come categorie, dall'altra pare anche consapevole del rischio di creare un polpettone di disturbi che condividono alcune caratteristiche centrali e per questo motivo ha introdotto gli «specificatori» attraverso i quali il clinico è invitato a personalizzare la diagnosi all'interno della etichetta di spettro autistico e quindi a chiarificare non solo le somiglianze tra diversi disturbi ma anche le differenze che potranno portare a creare nuovi sottogruppi più consistenti dal punto di vista sia neurobiologico che neuropsicologico.

Il DSM-5 pare fare riferimento alla prima e alla terza definizione di spettro ed in particolare pare raccomandare da una parte la collocazione del paziente all'interno di uno spettro di gravità e dall'altro di andare a specificare le caratteristiche cliniche che vanno al di là dell'autismo in senso stretto come il linguaggio e l'intelligenza. Quest'ultima operazione è quella che in futuro potrebbe aprire la strada a nuove e più coerenti categorie. Gli specificatori proposti dal DSM-5 sono la gravità dei sintomi, il livello del linguaggio, le capacità intellettive, l'età e la modalità di comparsa (cioè la valutazione di un eventuale esordio regressivo), le condizioni genetico/mediche e le condizioni ambientali. In futuro è probabile che

questi specificatori siano ulteriormente precisati ed allargati al fine di arrivare a definire i ASD in sottogruppi di «autismi». Ad esempio c'è chi ha già proposto i seguenti specificatori (Lai et al., 2013):

a) pattern di sviluppo (*developmental pattern*) che vadano al di là della regressione per arrivare a descrivere le modalità di sviluppo del linguaggio ed intellettuale che possono avere importanti implicazioni etiologiche, prognostiche e di trattamento; ed anche aprire la strada allo sviluppo di *biomarker* prognostici in particolare per lo sviluppo del linguaggio.

b) Differenze di genere. Diversi fattori legati al sesso (comportamento, intelligenza, genetica, neuroanatomia) contribuiscono alla eterogeneità dei DSA. Il sesso non è solo una caratteristica demografica ma un elemento essenziale nella definizione dei sottogruppi. Vi è bisogno di indici normativi dei tratti autistici che tengano conto del sesso: attualmente il DSM-5 è cieco alle differenze di sesso: i criteri diagnostici sono gli stessi per maschi e femmine e ciò impedisce qualsiasi identificazione di meccanismi legati al sesso. Questo è di grande importanza per capire la prevalenza maschile del disturbo e la probabile sottostima del disturbo autistico nelle femmine.

c) Profilo cognitivo che non consideri solo intelligenza e linguaggio ma anche altri aspetti cognitivi come: mentalizzazione/teoria della mente; processazione emotiva; orientamento sociale e sistemi di *renard*; funzioni esecutive e pianificazione; flessibilità cognitiva; controllo inibitorio; attenzione; funzioni percettive; coerenza centrale; sistematizzazione.

d) Correlazioni genetiche note: obiettivo: sottogruppi a livello genetico. Sindromi genetiche correlate a DSA; anomalie cromosomiche; varianti genetiche rare *de novo* e non-*de novo* (*copy number variations*). Indagine poi da allargare ai familiari per andare a definire le forme «simplex» e le forme «multiplex».

e) Fattori ambientali che interagiscono con i fattori genetici. Deprivazione sociale; esposizione e *timing* della esposizione.


In conclusione, la identificazione delle caratteristiche nucleari del disturbo attraverso l'uso del termine di spettro (che è dimensio-

nale per natura) non deve far dimenticare la forte eterogeneità dei Disturbi dello Spettro Autistico. Essa ha il vantaggio di far tornare il clinico ad aspetti nucleari del disturbo, anziché soffermarsi su inutili problemi categoriali, ma è importante che possa aprire nuove strade verso la identificazione di sottogruppi attraverso l'uso costante ed esaustivo degli specificatori (che sono categoriali per natura). Potremmo affermare che, nel caso dei Disturbi del neurosviluppo ed in particolare dei Disturbi dello Spettro Autistico, la superbia del DSM-5 è stata mitigata dalla forza decisionale e di rinnovamento che il gruppo di lavoro ha saputo affrontare: per tali disturbi il DSM-5 rappresenta senza dubbio un importante giro di boa.

Riferimenti bibliografici

- Allen, F. (2013). *Saving normal. An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lai, M.C., Lombardo, M.V., Chakrabarti, B., Baron-Cohen, S. (2013). Subgrouping the Autism Spectrum: Reflections on DSM-5. *PLoS Biol*, 11(4).
- Mattila, M.L., Kielinen, M., Linna, S.L., Jussila, K., Ebeling, H., Bloigu, R., Joseph, R.M., Moilanen, I. (2011). Autism spectrum disorders according to DSM-IV-TR and comparison with DSM-5 draft criteria: An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(6), 583-592.
- McPartland, J.C., Reichow, B., Volkmar, F.R. (2012). Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(4), 368-383.
- Miller, J.N., Ozonoff, S. (2000). The external validity of Asperger disorder: Lack of evidence from the domain of neuropsychology. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 227-238.
- Santocchi, E., Muratori, F. (2001). L'autismo nel DSM-5. *Infanzia e adolescenza*.
- Swineford, L.B., Thurm, A., Baird, G., Wetherby, A.M., Swedo, S. (2014). Social (pragmatic) communication disorder: A research review of this new DSM-5 diagnostic category. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 6, 41.

DSM-5: disabilità intellettive

RENZO VIANELLO
Università?? 

Nel DSM-5 le disabilità intellettive (disturbi dello sviluppo intellettivo) rientrano nei Disturbi del neurosviluppo in quanto si caratterizzano per l'esordio nel periodo dello sviluppo.

Come altri disturbi del neurosviluppo anche le disabilità intellettive sono caratterizzate da frequente comorbilità, ad esempio con i disturbi dello spettro dell'autismo e con i disturbi da deficit di attenzione/iperattività.

Il DSM-5 prende atto del fatto che la comunità scientifica e clinica da alcuni anni non usa più l'espressione «ritardo mentale» e condivide l'opportunità di utilizzare «disabilità intellettiva»¹.

«La disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) è un disturbo con esordio nel periodo dello sviluppo che comprende deficit del funzionamento sia intellettivo che adattivo negli ambiti concettuali, sociali e pratici» (p. 37).

Per una diagnosi di disabilità intellettiva devono essere soddisfatti tre criteri.

A. Un deficit delle funzioni intellettive. Il DSM-5 cita in particolare:

- Ragionamento
- Problem solving
- Pianificazione
- Pensiero astratto
- Capacità di giudizio
- Apprendimento scolastico
- Apprendimento dall'esperienza.

Tali deficit devono essere confermati:

- da una valutazione clinica
- e da test di intelligenza individualizzati e standardizzati.

B. Un deficit del funzionamento adattivo, tale da comportare il non raggiungimento degli standard di sviluppo e socioculturali relativi a:

- Autonomia
- Responsabilità.

Si tratta di deficit adattivi che, in assenza di un supporto costante, limitano il funzionamento nelle attività (una o più) della vita quotidiana, come la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita autonoma, nei vari ambienti di vita dell'individuo (casa, scuola, ambiente lavorativo, comunità).

C. Esordio di A e B durante il periodo di sviluppo.

Relativamente al criterio A ci sembra che la lista delle funzioni intellettive sia incompleta e contenga elementi «spuri». Avremmo gradito un accenno all'intelligenza senso-motoria e non solo ad attività intellettive valutabili solo a partire dalla comparsa del pensiero (più o meno dai 18 mesi di età mentale in poi). La grandissima maggioranza delle disabilità intellettive si manifesta fin dai primi mesi di vita. Inoltre alcune sindromi gravi sono spesso caratterizzate da età mentali inferiori a 18 mesi anche in età adulta (ad esempio la sindrome di Angelman e di Rett).

Ci sembra inoltre inappropriato citare l'apprendimento scolastico fra le funzioni intellettive. Si tratta di prestazioni e non di funzioni. Più in generale: quale conoscenza dello sviluppo dell'intelligenza (visto che si tratta di disabilità intellettive) è sottostante a questo elenco di attività intellettive? Cosa si intende in particolare per pensiero astratto? Mi si permetta di dire che sembra carente in questo elenco proprio una prospettiva evolutiva.

Molto opportuna ci sembra l'affermazione che il solo risultato dei test non è sufficiente e che è necessaria anche una valutazione clinica.

Per quanto riguarda il criterio B potrebbe colpire il non riferimento a strumenti di valutazione, ma in realtà essi sono impliciti, nel momento in cui ci si riferisce agli standard di sviluppo e socioculturali.

Il criterio C si caratterizza, rispetto al DSM-IV, per il fatto che si preferisce, a nostro avviso opportunamente, l'espressione generica «durante il periodo dello sviluppo» a quella «prima dei diciotto anni».

¹ Chi scrive nel 2008 ha ritenuto opportuno intitolare un volume dedicato a queste problematiche «Disabilità intellettive» e non «Ritardo mentale» (Vianello, 2008; vedi anche www.disabilitaintellettive.it).

Il DSM-5 invita a specificare la gravità della disabilità intellettiva con una modifica notevole rispetto al DSM-IV: è abbandonato il riferimento ai punteggi dei test di intelligenza. Si tratta di un cambiamento «epocale» o solo formale? Probabilmente sarà all'inizio solo formale e successivamente (ma con tempi molto lunghi) sempre più sostanziale.

Con il DSM-5 cambia anche una denominazione (ricordiamo che il primo codice è quello dell'ICD-9 e il secondo quello dell'ICD-10): non gravissima, ma estrema.

«I vari livelli di gravità sono definiti sulla base del funzionamento adattivo e non dei punteggi del Quoziente Intellettivo (QI), perché è il funzionamento adattivo che determina il livello di assistenza richiesto. Inoltre i valori del QI risultano meno validi all'estremo inferiore della distribuzione del QI» (p. 38).

Livelli di gravità:

317 (F70)	Lieve
318.0 (F71)	Moderata
318.1 (F72)	Grave
318.2 (F73)	Estrema

Il DSM-5 dedica tre tabelle ai livelli di gravità della disabilità intellettiva, distinguendo tre ambiti: concettuale, sociale e pratico.

Riportiamo a titolo esemplificativo alcuni indicatori di gravità.

Disabilità intellettiva lieve (adattamento da DSM-5, p. 39)

Ambito concettuale. Nei bambini in età prescolare possono non esserci anomalie concettuali evidenti. Nei bambini in età scolare e negli adulti sono presenti difficoltà nell'apprendimento di abilità scolastiche quali lettura, scrittura, capacità di calcolo, concetto del tempo o del denaro, che rendono necessaria qualche forma di supporto in una o più aree di apprendimento per poter soddisfare le aspettative correlate all'età.

Ambito sociale. Rispetto ai coetanei con sviluppo regolare, l'individuo è immaturo nelle interazioni sociali. La comunicazione, la conversazione e il linguaggio sono più con-

creti o più immaturi rispetto a quanto atteso in base all'età.

Ambito pratico. L'individuo può funzionare in maniera adeguata all'età per quanto concerne la cura personale. Gli individui possono avere maggiormente bisogno di supporto nelle attività complesse della vita quotidiana rispetto ai coetanei.

Disabilità intellettiva moderata (adattamento da DSM-5, p. 40)

Ambito concettuale. Nei bambini in età scolare i progressi nella lettura, nella scrittura, nel calcolo e nella comprensione dei concetti di tempo e di denaro si verificano lentamente nel corso degli anni scolastici e sono notevolmente limitati rispetto a quelli dei coetanei.

Ambito sociale. Il linguaggio parlato è tipicamente uno strumento primario per la comunicazione sociale, ma risulta essere molto meno complesso rispetto a quello dei coetanei.

Ambito pratico. L'individuo può prendersi cura dei propri bisogni personali, compresi il mangiare, il vestirsi, l'evacuazione e l'igiene, allo stesso livello di un adulto, sebbene siano richiesti un ampio periodo di insegnamento e molto tempo affinché l'individuo diventi indipendente nella gestione di tali bisogni, e può esserci bisogno di sollecitazioni.

Disabilità intellettiva grave (adattamento da DSM-5, p. 41)

Ambito concettuale. L'individuo in genere comprende poco il linguaggio scritto o i concetti che comportano numeri, quantità, tempo e denaro. Il personale di supporto fornisce un sostegno esteso nella risoluzione dei problemi durante tutta la vita.

Ambito sociale. L'eloquio può essere composto da singole parole o frasi e può essere facilitato con l'aiuto di strumenti aumentativi.

Ambito pratico. L'individuo richiede un sostegno in tutte le attività della vita quotidiana,

Contributi alla discussione

compresi i pasti, il vestirsi, il lavarsi e l'evacuazione.

Disabilità intellettiva estrema (adattamento da DSM-5, p. 41)

Ambito concettuale. Le abilità concettuali in genere si riferiscono al mondo fisico piuttosto che ai processi simbolici.

Ambito sociale. L'individuo ha una compromissione molto limitata della comunicazione simbolica nell'eloquio o nella gestualità.

Ambito pratico. L'individuo dipende dagli altri in ogni aspetto della cura fisica, della salute e della sicurezza quotidiane, sebbene possa essere in grado di partecipare ad alcune di queste attività².

Il riferimento all'adattamento sociale e ancor meglio alle necessità di supporto non è una novità. Esso è stato proposto in modo deciso dall'American Association on Mental Retardation (ora American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) negli anni attorno al 2000 (AAMR, 2002).

Si tratta di una proposta non solo formale, che potrà comportare cambiamenti notevoli rispetto alla prassi attuale. Ne esemplifichiamo due.

Quanti alunni che attualmente ricevono una diagnosi di funzionamento intellettivo limite potranno ricevere una diagnosi di disabilità intellettiva lieve? Potrebbero essere molti, se si considera il fatto che essi hanno difficoltà di adattamento significative e hanno bisogno di supporto perché, ad esempio, fanno molta fatica ad imparare a leggere e scrivere e nelle operazioni aritmetiche quando sono iscritti alla prima classe primaria. Analogamente a 14 anni incontrano molte difficoltà nell'apprendimento dell'algebra. Si chiederà per loro l'insegnante di

sostegno considerandoli non come allievi con bisogni educativi speciali, ma con disabilità? Rientreranno quindi nelle persone con disabilità secondo la legge 104 del 1992? È facile prevedere conflittualità non indifferenti, anche perché ci vorranno molti anni prima che le aziende sanitarie locali si adeguino alle nuove proposte. Per loro, ufficialmente, il DSM-5 non fa testo e aspetteranno l'ICD-11 (che si presume esca in inglese nel 2017) in quanto testo ufficiale della Organizzazione Mondiale della Sanità. L'esperienza ci dice che forse pensare a 10 anni è una stima ottimistica.

Resta il fatto che il DSM-5 apre una notevole conflittualità per gli allievi che hanno bisogno di supporto non indifferente a causa della loro intelligenza (vedi gli indicatori presenti nelle tabelle sulla gravità), ma nei test di intelligenza hanno prestazioni superiori, in media, a QI 70.

Un secondo esempio riguarda i ragazzi con sindrome di Down in età adolescenziale. Questa sindrome è caratterizzata da una traiettoria discendente del QI, che porta ad una media attorno a 38 per i ragazzi di 18 anni. Si tratta di un fenomeno che non ha nulla a che fare con il declino dell'intelligenza (l'età mentale continua a crescere), ma che è prodotto dalla natura stessa del QI di deviazione, che di fatto indica la posizione di un individuo rispetto ai coetanei (Vianello, 2006). In altre parole a 18 anni la maggioranza degli adolescenti con sindrome di Down dovrebbe ricevere, con le norme del DSM-IV e dell'ICD-10, una diagnosi di ritardo mentale (disabilità intellettiva) grave. Le loro competenze adattive, tuttavia, non corrispondono (in quanto sono migliori) a quelle descritte nella tabella del DSM-5 dedicata alla disabilità intellettiva grave.

Ché fare?

² Al fine di completare il quadro ci sembra opportuno ricordare che è utilizzata la diagnosi di «Ritardo globale dello sviluppo 315,8 (F88)» per i bambini di età inferiore ai 5 anni quando la gravità clinica non può essere valutata in modo attendibile. Infine la categoria «Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) senza specificazione 319 (F79)» è riservata agli individui di età superiore ai 5 anni quando la valutazione del grado di disabilità intellettiva è resa difficile o impossibile a causa di compromissioni sensoriali o fisiche associate, quali cecità o sordità prelinguistica, disabilità locomotoria o presenza di gravi problemi comportamentali o disturbi mentali concomitanti. Questa categoria dovrebbe essere utilizzata solo in circostanze eccezionali.

Credo che proprio il DSM-5 possa darci una risposta in tal senso: ci si deve affidare alla responsabilità clinica dell'esperto, che deve stilare una diagnosi tenendo ben conto anche della realtà in cui vive l'individuo e in particolare delle reali possibilità di supporto di cui gli individui possono usufruire.

Questo significa che si rischierà un eccesso di discrezionalità? Forse sì.

Ogni periodo storico richiede i suoi rischi.

Negli anni tra il 1990 e il 2000 era probabilmente opportuno «irrigidire» le diagnosi (vedi DSM-IV) perché troppa era la discrezionalità diagnostica (quante diagnosi apparentemente «creative», in realtà speculative e povere ho letto in quegli anni).

Ora forse conviene correre il rischio opposto. Forse.

Ulteriori riflessioni sono opportune sulla prevalenza. Il DSM-5 conferma quanto presente nel DSM-IV e cioè che le disabilità intellettive interessano l'1% circa della popolazione. Questo dato contrasta con la previsione statistica della curva normale, che prevederebbe il 2,3% (sotto due deviazioni standard). Non è facile spiegare la discrepanza. In particolare non è sostenibile l'ipotesi della sottostima e cioè che sono di più, ma non vengono diagnosticati. A mio giudizio la spiegazione è più semplice: la distribuzione dell'intelligenza nella popolazione non rispetta la curva normale (almeno nelle prestazioni inferiori e nell'intelligenza valutata con le scale Wechsler).

Questo dato, inoltre, non è coerente con le certificazioni in Italia ai fini dell'assegnazione dell'insegnante di sostegno. Dai dati MIUR relativi al 2012-2013 si ricava infatti una percentuale non inferiore all'1,7% (Vianello e Mammarella, 2015). Si tratta di un dato intermedio fra 1% e 2,3%. Come spiegarlo? Sovrastima (con inclusione, ad esempio, di disturbi di apprendimento gravi o di Funzionamento intellettivo limite associato a disturbi comportamentali) al fine di usufruire dell'insegnante di sostegno? Maggiore importanza attribuita alla componente delle difficoltà ambientali nella diagnosi di disabilità intellettiva?

Infine appare nel DSM-5 un altro dato in contrasto con le previsioni della curva normale.

Le disabilità gravissime non sono una percentuale assai più bassa delle disabilità intellettive lievi (essendo a quattro deviazioni standard sotto la media; e più ci si allontana dalla media e minori sono le frequenze previste), ma sono addirittura il 60% di tutte le disabilità. Questo risulta comprensibile se si ritiene che esse facciano parte di una popolazione diversa rispetto a quella «normale» e cioè che essa comprende in grandissima parte individui in cui cause genetiche e biologiche non genetiche hanno agito in modo indipendente da quanto avviene «normalmente».

Le riflessioni al proposito potrebbero diventare molto tecniche nel mettere dubbi rilevanti sulla utilità dell'uso del quoziente di deviazione quando si valuta l'intelligenza nelle situazioni caratterizzate da disabilità intellettive (cosa che sostengo da molto tempo, vedi ad esempio Vianello, 2012). In questo contesto preferisco abbandonarle, per limitarmi a dire che la realtà scolastica non resta certamente sorpresa: si sapeva che le disabilità intellettive gravi non sono affatto rare (e fa piacere che la comunità scientifica, attraverso il DSM-5, ne abbia finalmente preso atto).

Riferimenti bibliografici

- American Association on Mental Retardation (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports*. 10th Edition (trad. it. *Ritardo mentale. Definizione, Classificazione e Sistemi di sostegno*. Brescia: Vannini Editrice, 2005).
- American Psychiatric Association – APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Edition. Text Revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association (trad. it. *DSM IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson, 2001).
- American Psychiatric Association – APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition. DSM-5. Washington: APA (trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Quinta edizione. DSM-5. Milano: Raffaello Cortina, 2014).
- Vianello, R. (2006). *Sindrome di Down. Sviluppo psicologico e integrazione dalla nascita all'età senile*. Bergamo: Edizioni Junior.

Contributi alla discussione

- Vianello, R. (2008). *Disabilità intellettive*. Bergamo: Edizioni Junior.
- Vianello, R. (2012). *Potenziali di sviluppo e di apprendimento nelle disabilità intellettive*. Trento: Erickson.
- Vianello, R., Mammarella, I.C. (2015). *Psicologia delle disabilità. Una prospettiva Life Span*. Bergamo: Edizioni junior.

DSM-5: disturbo da deficit di attenzione/iperattività

MICHELE MONTUORI
Università

Premessa

Seppure nessuno in campo medico e psicologico metta più in dubbio oggi in Italia l'esistenza e la specificità di questo disturbo, esistono delle criticità che riguardano la sua individuazione e, di conseguenza, le procedure messe in atto per giungere ad una diagnosi. Sentiamo fin da subito l'esigenza di porre questa questione per collocarci all'interno di una cornice di complessità, che implica, da parte del clinico, sospensione del giudizio, paziente ricerca e interpretazione, necessità di rimanere «scomodamente dentro la palude», evitando conclusioni affrettate e riduzionistiche. Diciamo questo perché assistiamo nel nostro Paese ad un aumento considerevole di diagnosi di ADHD, diagnosi che talvolta non brillano per accuratezza ed approfondimento. Crediamo che il DSM-5 sia una guida che ci permette di posizionarci nel corretto modo di fronte a quella che è stata definita non a torto tra le diagnosi più difficili da effettuare nel campo della psicopatologia infantile.

«La diagnosi di ADHD è in ogni caso essenzialmente clinica e si basa sull'osservazione clinica e sulla raccolta di osservazioni fornite da fonti multiple e diversificate [...]» (SINPIA, 2002, p. 13). «Non esistono test diagnostici specifici per l'ADHD» (*Ibidem*). Queste due affermazioni, assolutamente condivisibili, ci pongono di fronte ad una serie di interrogativi che dobbiamo comunque porci quando mettiamo in atto un percorso clinico-diagnostico e ai quali dobbiamo

sforzarci di rispondere di volta in volta, situazione per situazione. Proviamo a sintetizzare in questo modo, forzando un po' la questione a fini esemplificativi: come dobbiamo considerare quelle situazioni in cui la *raccolta di informazioni fornite da fonti multiple e diversificate* fa supporre la presenza del disturbo, ma le prestazioni alle prove neuropsicologiche che valutano attenzione e Funzioni Esecutive sono sostanzialmente normali (Caso +/-), a fronte di quelle situazioni in cui le anomalie vengono riscontrate sia nei dati ambientali che alle prove neuropsicologiche (Caso +/+)? Dobbiamo ignorare i risultati alle prove neuropsicologiche ai fini diagnostici? Dobbiamo considerare i casi appartenenti alla seconda categoria come più «gravi» dei primi. O dobbiamo pensare ad una differenza nei fattori eziopatogenetici sottostanti?

Il DSM-5 non ci fornisce purtroppo una risposta definitiva, ma forse una traccia valida su come orientarci. Vediamo quali parti possiamo rintracciare nel manuale riguardo al problema che abbiamo sollevato.

«Le manifestazioni del disturbo devono essere presenti in più di un contesto (per es. casa e scuola, lavoro). La conferma della presenza di sintomi rilevanti in diversi ambienti in genere non può essere data con precisione senza consultare persone informate che hanno osservato l'individuo in tali ambienti. In genere i sintomi variano a seconda del contesto all'interno di un dato ambiente. I segni del disturbo possono essere minimi o assenti quando l'individuo riceve frequenti ricompense per comportamento adeguato, è sotto stretta sorveglianza, è in un ambiente nuovo, è impegnato in attività particolarmente interessanti, riceve una consistente stimolazione esterna (per es. attraverso schermi elettronici), o interagisce vis-à-vis con qualcun altro (per es. nello studio del clinico)» (APA, 2014, p. 71).

«Un comportamento disattento è associato a diversi processi cognitivi sottostanti, e gli individui con DDAI possono manifestare problemi cognitivi ai test per attenzione, funzioni esecutive e memoria, sebbene questi test non siano sufficientemente sensibili o specifici da essere utilizzabili come indicatori diagnostici» (*Ibidem*).

Parafrasando il primo contributo, potremmo dire: non fidatevi troppo di ciò che osservate in ambulatorio, valgono di più (risultano più veritiere) le osservazioni fatte da «persone informate» nei contesti di vita. Ciò significa che ciò che osserviamo in un contesto ambulatoriale non serve? Certamente no. Proprio il contrario, a nostro avviso: le osservazioni «cliniche» andrebbero reiterate all'interno di un arco di tempo breve, proprio per rendere meno influente la novità dell'ambiente e andrebbero effettuate da persone diverse, per minimizzare lo «stile» di conduzione della relazione introdotto dal singolo operatore.

Che dire della seconda citazione? Essa sembra affrontare più direttamente l'interrogativo da noi sollevato all'inizio di questa premessa, apprendone, purtroppo, degli altri: ci sono dei processi cognitivi sottostanti e ciò è fuori discussione, ma gli strumenti diagnostici che utilizziamo non sono *sufficientemente sensibili o specifici*, non sappiamo, cioè, cosa esattamente misurano in realtà o se misurano cose diverse in soggetti diversi. Questa posizione è acutamente illustrata da Benso (2013), che riprende gli studi di Miyake e collaboratori (2000) sottolineando come durante le misure delle Funzioni Esecutive vi sarebbe da considerare il fattore dell'«impurità» delle prove psicometriche utilizzate, in quanto gli aspetti modulari in input e in output (ad esempio il sistema visivo, quello uditivo o quello motorio) che, inevitabilmente, fanno da interfaccia tra lo strumento di misura e la funzione esecutiva da valutare, possono «disturbare» notevolmente la misura. Quindi la differenza tra il Caso +/- e il Caso +/+ rimane ancora ambigua, con la possibilità che essa sia causata da una scarsa affidabilità degli strumenti di misura, dell'armamentario neuropsicologico da noi utilizzato. Dobbiamo per ora considerare ancora valida l'affermazione che i test non possono essere utilizzati come indicatori diagnostici, sperando che la ricerca in questo settore faccia rapidamente dei passi importanti, con la messa a punto di test più «puliti», in cui il rapporto tra prova utilizzata e costruito da misurare sia meno ambiguo e l'aspetto modulare periferico venga sottratto in

qualche modo dalla misura che vuole valutare la funzione esecutiva.

Criteria diagnostici

Per effettuare una diagnosi di ADHD devono essere rispettati 5 criteri. Il primo (A) riporta i sintomi cardine raggruppati in due sottogruppi: *Disattenzione* e *Iperattività/impulsività*. Sia nel primo che nel secondo sottogruppo sono descritti 9 sintomi. Il soggetto deve presentare sei o più sintomi in maniera persistente per almeno sei mesi con una *intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che ha un impatto negativo diretto sulle attività sociali scolastiche/lavorative*. Per gli adolescenti più grandi e per gli adulti (17 anni e oltre di età) sono richiesti almeno 5 sintomi. Quest'ultimo punto costituisce una vera novità rispetto alla precedente versione, in quanto ora è possibile diagnosticare adolescenti e adulti con questo disturbo.

«**1. Disattenzione:** Sei (o più) dei seguenti sintomi sono persistenti per almeno 6 mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che ha un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative.

Nota: I sintomi non sono soltanto una manifestazione di comportamento oppositivo, sfida ostilità o incapacità di comprendere i compiti o le istruzioni. Per gli adolescenti più grandi e per gli adulti (17 anni e oltre di età) sono richiesti almeno cinque sintomi.

a) Spesso non riesce a prestare attenzione ai particolari o commette errori di distrazione nei compiti scolastici, sol lavoro o in altre attività (per es., trascura o omette dettagli, il lavoro non è accurato).

b) Ha spesso difficoltà a mantenere l'attenzione sui compiti o sulle attività di gioco (per es., ha difficoltà a rimanere concentrato/a durante una lezione, una conversazione o una lunga lettura).

c) Spesso non sembra ascoltare quando gli/le si parla direttamente (per es., la mente sembra altrove, anche in assenza di distrazioni evidenti).

d) Spesso non segue le istruzioni e non porta a termine i compiti scolastici, le incom-

Contributi alla discussione

benze o i doveri sul posto di lavoro (per es., inizia i compiti ma perde rapidamente la concentrazione e viene distratto/a facilmente).

e) Ha spesso difficoltà ad organizzarsi nei compiti e nelle attività (per es., difficoltà a gestire compiti sequenziali; difficoltà nel tenere in ordine materiale e oggetti; lavoro disordinato, disorganizzato; gestisce il tempo in modo inadeguato, non riesce a rispettare le scadenze).

f) Spesso evita, prova avversione o è riluttante a impegnarsi in compiti che richiedono sforzo mentale protratto (per es., compiti scolastici o compiti a casa; per gli adolescenti più grande e gli adulti, stesura di relazioni, compilazione di moduli, revisione di documenti).

g) Perde spesso gli oggetti necessari per i compiti o le attività (per es., materiale scolastico, matite, libri, strumenti, portafogli, chiavi, documenti, occhiali, telefono cellulari).

h) Spesso è facilmente distratto/a da stimoli esterni (per gli adolescenti più grandi e gli adulti, possono essere compresi pensieri incongrui).

i) È spesso sbadato/a nelle attività quotidiane (per es., sbrigare le faccende; fare commissioni; per gli adolescenti più grandi e gli adulti, ricordarsi di fare una telefonata; pagare le bollette; prendere appuntamenti).

2. Iperattività e impulsività: Sei (o più) dei seguenti sintomi sono persistenti per almeno 6 mesi con un'intensità incompatibile con il livello di sviluppo e che ha un impatto negativo diretto sulle attività sociali e scolastiche/lavorative.

Nota: I sintomi non sono soltanto una manifestazione di comportamento oppositivo, sfida ostilità o incapacità di comprendere i compiti o le istruzioni. Per gli adolescenti più grandi e per gli adulti (17 anni e oltre di età) sono richiesti almeno cinque sintomi.

a) Spesso agita o batte mani e piedi o si dimena sulla sedia.

b) Spesso lascia il proprio posto in situazioni in cui si dovrebbe rimanere seduti (per es., lascia il posto in classe, in ufficio o in un altro luogo di lavoro, o in altre situazioni che richiedono di rimanere al proprio posto).

c) Spesso scorrazza e salta in situazioni in cui farlo risulta inappropriato. (**Nota:** Negli

adolescenti e negli adulti può essere limitato a sentirsi irrequieti).

d) È spesso incapace di giocare o svolgere attività ricreative tranquillamente.

e) È spesso "sotto pressione", agendo come se fosse "azionato/a da un motore" (per es., è incapace di rimanere fermo/a, o si sente a disagio nel farlo, per un periodo di tempo prolungato, come nei ristoranti, durante le riunioni; può essere descritto/a dagli altri come una persona irrequieta o con cui è difficile avere a che fare).

f) Spesso parla troppo.

g) Spesso "spara" una risposta prima che la domanda sia stata completata (per es., completa le frasi dette da altre persone; non riesce ad attendere il proprio turno nella conversazione).

h) Ha spesso difficoltà nell'attendere il proprio turno (per es., mentre aspetta in fila).

i) Spesso interrompe gli altri o è invadente nei loro confronti (per es., interrompe conversazioni, giochi o attività; può iniziare a utilizzare le cose degli altri senza chiedere o ricevere il permesso; adolescenti o adulti possono inserirsi o subentrare in ciò che fanno gli altri)» (APA, 2014, pp. 68-69)

I «sintomi» considerati sono quasi identici a quelli del DSM-4, ma gli esempi messi in parentesi sono nuovi e fanno espresso riferimento agli adolescenti e agli adulti, rendendo maggiormente flessibile la loro applicazione. A nostro avviso questa aggiunta è utile ed opportuna, anche se poteva essere ulteriormente approfondita, con un maggior numero di esempi per ogni fascia di età.

Una riflessione sulla nota posta per ciascuna categoria: essa nella sua prima parte risulta ambigua, comunque poteva essere meglio specificata. Essa tende a precisare come i sintomi non dovrebbero essere interpretati (*non soltanto una manifestazione di comportamento oppositivo, sfida, ostilità o incapacità di comprendere i compiti o le istruzioni*), ma non dice come dovrebbero essere interpretati. Più sotto il concetto viene ulteriormente ripreso e meglio chiarito: «La disattenzione si manifesta a livello comportamentale nel DDAI come divagazione dal compito, mancanza di perseveranza, dif-

ficoltà a mantenere l'attenzione e disorganizzazione, e non è causata da atteggiamento di sfida o da mancanza di comprensione» (APA, 2014, p. 70). Questo è il confine tra Disattenzione e atteggiamento oppositivo e provocatorio, anche se, purtroppo, nella pratica clinica questo confine non è quasi mai così netto.

Riportiamo di seguito gli altri 4 criteri.

«B. Diversi sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività erano presenti prima dei 12 anni.

C. Diversi sintomi di disattenzione o di iperattività-impulsività si presentano in due o più contesti (per es., a casa, a scuola o al lavoro, con amici o parenti; in altre attività).

D. Vi è una chiara evidenza che i sintomi interferiscono con, o riducono, la qualità del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

E. I sintomi non si presentano esclusivamente durante il decorso della schizofrenia o di un altro disturbo psicotico e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, disturbo dissociativo, o disturbo di personalità, intossicazione o astinenza da sostanze)» (APA, 2014, pp. 69-70).

Questi punti non appaiono modificati rispetto alla precedente versione del DSM, se si eccettua per il primo: infatti la finestra temporale all'interno della quale devono essere rintracciati i sintomi cardine viene allargata di cinque anni (da prima dei 7 anni a prima dei 12). Ciò trasmette l'importanza di un quadro clinico rilevante durante tutto il periodo dell'infanzia, sino alle soglie dell'adolescenza, con un possibile esordio più tardivo, durante tutta l'epoca della scuola primaria invece che in quella pre-scolare. Questo cambiamento non ci sembra di poco conto; sembra avanzare l'idea che in alcuni casi i sintomi non possano essere così rilevanti durante il periodo della scuola dell'infanzia e che l'esperienza della scuola primaria li possa far emergere con maggiore evidenza. Questa impostazione introduce maggiore flessibilità, modificando una visione piuttosto consolidata, che considerava l'ADHD un disturbo ad esordio esclusivamente precoce.

Per quanto riguardano le specificazioni da indicare in diagnosi, ci sono alcune questioni da

considerare. Innanzi tutto sparisce la suddivisione in «sottotipi» e si parla di diverse «manifestazioni».

«**314.01 (F90.2) Manifestazione combinata:** Se il Criterio A1 (disattenzione) e il Criterio A2 (iperattività-impulsività) sono soddisfatti entrambi negli ultimi 6 mesi.

314.00 (F90.0) Manifestazione con disattenzione predominante: Se il Criterio A1 (disattenzione) è soddisfatto ma il Criterio A2 (iperattività-impulsività) non è soddisfatto negli ultimi 6 mesi.

314.01 (F90.1) Manifestazione con iperattività/impulsività predominante: Se il Criterio A2 (iperattività-impulsività) è soddisfatto e il Criterio A1 (disattenzione) non è soddisfatto negli ultimi 6 mesi» (APA, 2014, p. 70).

Anche in questo caso si va in una direzione di maggiore flessibilità: la «manifestazione» rappresenta un modo di rivelarsi del disturbo, che può cambiare nel corso del tempo: «Nell'età prescolare la principale manifestazione è l'iperattività. La disattenzione diventa più preminente durante la scuola elementare. Durante l'adolescenza, i segni di iperattività (per es., correre e arrampicarsi) sono meno comuni e possono essere limitati ad agitazione o a una sensazione interiore di nervosismo, irrequietezza o impazienza. Nell'età adulta insieme alla disattenzione e all'irrequietezza, l'impulsività può rimanere problematica anche quando l'iperattività è diminuita» (APA, 2014, p. 72). Quindi la specificazione in «sottotipi», che tendeva ad ipotizzare la presenza di tre diverse articolazioni del disturbo, relativamente stabili nel singolo individuo, lascia il posto all'idea di un unico disturbo, che può esprimersi in modo diverso e variabile, sia tra individui che nello stesso individuo nel corso del tempo.

Da un altro punto di vista rimangono inalterate alcune problematiche piuttosto rilevanti. La principale è costituita dal fatto che sotto la stessa etichetta diagnostica possono essere raggruppate situazioni molto eterogenee, che vanno dal bambino estremamente iperattivo, a quello incapace di concentrazione, ma assolutamente calmo e tranquillo. Le diverse «manifestazioni» descrivono campioni di bambini molto

Contributi alla discussione

eterogenei tra di loro, soprattutto per quel che riguarda la comorbidità, il background familiare, il decorso temporale, la risposta alla terapia farmacologica, nonché i processi cognitivi sottostanti al disturbo¹.

Un'altra specificazione da precisare in diagnosi riguarda il livello di gravità, che deve essere espresso in una scala a tre livelli.

Specificare la gravità attuale:

«**Lieve:** Sono presenti pochi, ove esistenti, sintomi oltre a quelli richiesti per porre la diagnosi, e i sintomi comportano solo compromissioni minori del funzionamento sociale e lavorativo.

Moderata: Sono presenti sintomi o compromissione funzionale compresi tra "lievi" e "gravi".

Grave: Sono presenti molti sintomi oltre a quelli richiesti per poter porre la diagnosi, o diversi sintomi che sono particolarmente gravi, o i sintomi comportano una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo» (APA, 2014, p. 70).

In sostanza il livello di gravità viene attribuito incrociando il numero di sintomi, la loro gravità e la loro pervasività.

Fattori di rischio

Vengono presi in considerazione i fattori temperamentali, ambientali, genetici e fisiologici. I fattori temperamentali (ridotta inibizione comportamentale, difficoltà di autocontrollo, emotività negativa, elevata ricerca di novità) possono predisporre alcuni bambini all'ADHD, ma non sono aspetti specifici del disturbo.

Tra i fattori ambientali vengono menzionati: un peso alla nascita molto basso (inferiore a 1.500 grammi), che aumenta fino al triplo il rischio di sviluppare un ADHD. Può essere presente una storia di abuso durante l'infanzia, trascuratezza, adozioni multiple, esposizione a neurotossine (per es., piombo), infezioni (per

es., encefaliti), o esposizione all'alcol durante il periodo intrauterino.

Riguardo ai fattori genetici e fisiologici, viene affermato che l'ereditarietà nell'ADHD è consistente. Anche se sono stati correlati con questo disturbo alcuni specifici geni, questi non rappresentano fattori causali sufficienti né necessari. Compromissioni visive e uditive, anomalie metaboliche, disturbi del sonno, carenze nutrizionali ed epilessia dovrebbero essere considerati come possibili fattori che influenzano i sintomi dell'ADHD. Il disturbo non è associato a specifiche caratteristiche fisiche, anche se i tassi di anomalie fisiche minori (per es., ipertelorismo, palato ogivale, orecchie a bassa attaccatura) possono essere relativamente elevati. Possono verificarsi lievi ritardi motori e altri segni neurologici lievi.

Conseguenze funzionali

Le conseguenze funzionali dell'ADHD si dispiegano per tutto l'arco della vita ed è evidente che i bambini con questo disturbo possono, quando necessario, richiedere cure per un periodo molto lungo, anche durante l'età adulta. Vengono sottolineate soprattutto le conseguenze di tipo sociale, derivanti dal modo che gli altri hanno di interpretare i comportamenti e gli atteggiamenti dei soggetti ADHD. Gli ambienti familiare e sociale costituiscono variabili decisive per determinare l'evoluzione del disturbo e i suoi esiti in età adulta.

«Il DDAI è associato a prestazioni e risultati scolastici ridotti, a rifiuto sociale e, negli adulti, a prestazioni lavorative scarse, traguardi e partecipazione inadeguati, e a maggiore probabilità di disoccupazione, così come a elevata conflittualità interpersonale. I bambini con DDAI sono significativamente più portati dei coetanei senza DDAI a sviluppare un disturbo della condotta nell'adolescenza e un disturbo antisociale della personalità in età adulta, di conseguenza

¹ Per una rassegna degli studi che hanno cercato di verificare la presenza di sottotipi all'interno dell'ADHD, si veda Marzocchi (http://www.aidaiassociazione.com/documents/Marzocchi-Caratteristiche_principali_ADHD.pdf).

aumentano le probabilità di sviluppare disturbi da uso di sostanze e la probabilità di andare in carcere. Il rischio di conseguenti disturbi da uso di sostanze è elevato, specialmente quando sono presenti un disturbo della condotta o un disturbo antisociale di personalità. Gli individui con DDAI hanno maggiori probabilità rispetto ai coetanei di ferirsi. Gli incidenti e le violazioni stradali sono più frequenti negli automobilisti con DDAI. Tra gli individui con DDAI può essere presente un'elevata probabilità di obesità.

L'applicarsi in modo inadeguato o mutevole nei compiti che richiedono uno sforzo sostenuto è spesso interpretato dagli altri come pigrizia, irresponsabilità o mancanza di collaborazione. I rapporti familiari possono essere caratterizzati da discordie e intenzioni negative. Le relazioni con i coetanei sono spesso alterate dal rifiuto di questi ultimi, dalla loro trascuratezza o dalla presa in giro dell'individuo con DDAI. [...] Nella sua forma grave, il disturbo è notevolmente invalidante, poiché influenza l'adattamento sociale, familiare e scolastico/lavorativo» (APA, 2014, p. 73).

Diagnosi differenziale

Vengono indicate una serie di condizioni cliniche, le quali, in determinate circostanze o condizioni, possono «mimare» un disturbo da deficit di attenzione/iperattività:

- «Disturbo oppositivo-provocatorio;
- Disturbo esplosivo intermittente;
- Altri disturbi del neurosviluppo (disturbo da movimento stereotipato; disturbo di Tourette);
- Disturbo specifico dell'apprendimento;
- Disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo);
- Disturbo dello spettro dell'autismo;
- Disturbo reattivo dell'attaccamento;
- Disturbi d'ansia;
- Disturbi depressivi;
- Disturbo bipolare;
- Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente;
- Disturbi da uso di sostanze;
- Disturbi di personalità;

Disturbi psicotici;

Sintomi di DDAI indotti da farmaci;

Disturbi neurocognitivi» (APA, 2014, pp. 73-75).

Per ognuna di queste condizioni vengono indicati gli aspetti che risultano cruciali ai fini di una diagnosi differenziale. Ad esempio per il disturbo specifico dell'apprendimento si dice che in esso si possono manifestare sia l'iperattività che la distraibilità, ma che queste sono causate dalla frustrazione, dalla mancanza di interesse o dalle scarse abilità in ambito scolastico. Tuttavia, la disattenzione negli individui con disturbo specifico dell'apprendimento che non hanno ADHD non è invalidante al di fuori dal lavoro scolastico. Nel caso del disturbo dello spettro dell'autismo viene sottolineato come entrambe le condizioni possano presentare disattenzione, disfunzione sociale e difficoltà a gestire il comportamento. Nondimeno la disfunzione sociale e il rifiuto dei coetanei osservati negli ADHD devono essere distinti dal disimpegno sociale, dall'isolamento e dall'indifferenza verso i segnali comunicativi del viso e della voce osservati in individui con disturbo dello spettro dell'autismo.

Comorbidità

Si segnala l'alta frequenza dei disturbi in comorbidità. Il disturbo oppositivo provocatorio è quello che si presenta in concomitanza con l'ADHD con maggiore facilità (in circa la metà dei bambini che presenta una manifestazione combinata e in circa un quarto che presenta una manifestazione con disattenzione predominante), insieme al disturbo specifico dell'apprendimento, che si manifesta piuttosto spesso in associazione con l'ADHD. Un disturbo della condotta può verificarsi in comorbidità in circa un quarto dei bambini o degli adolescenti che presentano una manifestazione combinata. Vengono poi segnalati numerosi altri disturbi che in diverse situazioni ambientali e a diverse età possono essere diagnosticati insieme all'ADHD: disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, disturbi d'ansia, disturbi depressivi (questi ultimi si

Contributi alla discussione

manifestano in una minoranza di individui con ADHD), Negli adulti, il disturbo antisociale ed altri disturbi di personalità possono manifestarsi in concomitanza, come anche il disturbo esplosivo intermittente. Altri disturbi segnalati nei bambini sono il disturbo ossessivo-compulsivo, i disturbi da tic e il disturbo dello spettro dell'autismo, che possono essere diagnosticati insieme all'ADHD. Per quanto riguarda il disturbo dello spettro autistico si tratta di un importante cambiamento rispetto al DSM-4, nel quale la diagnosi di disturbo generalizzato dello sviluppo costituiva un criterio di esclusione per l'ADHD.

Al termine di questa disamina segnaliamo che il DSM-5 ha sostituito la precedente designazione NAS (non altrimenti specificato) con due opzioni per l'indirizzo clinico:

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività con altra specificazione;

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività senza specificazione.

La prima categoria è utilizzata nelle situazioni in cui i sintomi per una diagnosi di ADHD predominano, ma non soddisfano pienamente i criteri, né per il disturbo in questione, né per altri disturbi del neurosviluppo. In questo caso il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per l'ADHD o per nessuno specifico disturbo del neurosviluppo (ad es., «disturbo da deficit di attenzione/iperattività con altra specificazione», seguito dalla ragione specifica «con sintomi di disattenzione insufficienti»).

La seconda categoria è simile alla prima, ma in questo caso il clinico sceglie di non specificare.

Riferimenti bibliografici e sitografici

American Psychiatric Association – APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. 4th Edition. DSM-4, Text Revision. Washington, D.C.: APA (trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. DSM IV-TR. Milano: Masson, 2014).

American Psychiatric Association – APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. 5th Edition. DSM-5. Washington, D.C.: APA (trad.

it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. 5^a edizione. DSM-5. Milano: Masson, 2001).

Benso, F. (2013). Sistema attentivo esecutivo: osservazioni critiche e sviluppo. In L. Sabbadini, *Disturbi specifici del linguaggio, disprassie e funzioni esecutive*. Milano: Springer.

Marzocchi, G. (anno?). *Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività: caratteristiche principali del problema*. http://www.aidaiassociazione.com/documents/Marzocchi-Caratteristiche_principali_ADHD.pdf.

Miyake, A., Fridman, N.P., Emerson, M.J. et al. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex «frontal lobe» tasks: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100.

Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza – SINPIA (2002). *Linee-guida per la diagnosi e la terapia farmacologica del Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) in età evolutiva*. http://www.aidaiassociazione.com/documents/Linee_guida_SINPIA_Diagnosi.pdf.

La valutazione dei disturbi cognitivi e le etichette del DSM-5: quale relazione?

ROBERTO C.
Università 

Pubblicato nel 2013, il DSM-5 è l'ultima versione di un importante strumento diagnostico diffuso in tutto il mondo, edito dall'American Psychiatric Association (APA). Pensato come guida per la pratica clinica in ambito medico, il DSM-5 è utilizzato in diversi contesti e ambiti disciplinari e garantisce un linguaggio comune e un più efficace scambio di informazioni (Blashfield, 2014).

Secondo il Merriam-Webster, la parola «diagnosi» ha almeno due significati: «1. the art or act of identifying a disease from its signs and symptoms; 2. investigation or analysis of the cause or nature of a condition, situation, or problem (<http://www.merriam-webster.com/dictionary/diagnosis>)». La funzione del DSM-5, però, ancor più delle precedenti versioni del Manuale, non corrisponde a nessuno dei due

significati: innanzitutto perché, assumendo un approccio prevalentemente dimensionale, non si propone di indicare il confine tra normalità e patologia, individuare una specifica condizione clinica e isolare con certezza il comportamento deviante (Rodríguez-Testal *et al.*, 2014); inoltre, perché non si prefigge di identificare e interpretare le cause alla base degli specifici disturbi; anzi, la diagnosi è spesso basata su una preesistente conoscenza delle cause (si consideri per esempio, il disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci o il disturbo cognitivo dovuto a malattia di Alzheimer o quello dovuto a trauma cranico).

Tutto questo è particolarmente problematico per coloro che si occupano di disturbi cognitivi, i quali, da un lato, devono accertare la presenza di specifiche difficoltà indipendentemente dal contesto eziologico e clinico (e quindi necessitano di procedure definite e adeguati strumenti psicometrici); dall'altro lato, devono offrire un'interpretazione dei meccanismi responsabili dei comportamenti deficitari (e quindi necessitano di modelli teorici di riferimento che descrivano la condizione attesa o di supposta normalità). I neuropsicologi riconoscono che il DSM-5 favorisce una più efficace comunicazione in ambito clinico (Sachdev, 2014), ma tendono a non usarlo (Rogers *et al.*, 2014).

Il DSM-5 non offre strumenti di valutazione e modelli interpretativi, ma ha un'altra funzione: quella di classificare i disturbi mentali, assegnare etichette predefinite a insiemi coerenti di sintomi, attribuire le persone a specifiche categorie. In questo senso, la funzione diagnostica del DSM-5 è di tipo tassonomico e corrisponde al terzo significato della parola «diagnosi» che, secondo il Merriam-Webster, rimanda alla biologia: «a concise technical description of a taxon». Il DSM-5 risponde prevalentemente ad esigenze di tipo statistico ed epidemiologico (Biondi *et al.*, 2014). Non a caso, la discussione successiva alla pubblicazione del Manuale si è molto occupata di terminologia (per esempio, Kovach, 2014).

I problemi relativi alla diagnosi sono evidenti nel caso del disturbo specifico di apprendimento. Tra le novità che caratterizzano il DSM-5, è importante rilevare come l'attenzione sia sempre posta non sul disturbo in sé e i meccanismi cognitivi sottostanti, ma sulle manifestazioni fenomeniche e le conseguenze invalidanti. Da questa impostazione generale derivano tre scelte operative che, in assenza di adeguati strumenti di indagine e solidi modelli teorici di riferimento, diventano problematici.

1. Grande attenzione è posta alla prestazione, intesa non come insieme di risposte a test e prove strutturate, ma come capacità di far fronte alle richieste dell'ambiente e di conseguire successi nelle attività quotidiane e nei diversi ambiti scolastici e professionali. La valutazione dei processi cognitivi non è essenziale e può essere tralasciata.

2. La gravità e la persistenza del disturbo sono assunti come criteri diagnostici fondamentali; la diagnosi segue, non precede, gli interventi (ri)educativi e dipende dalla loro efficacia.

3. Il sintomo è poco determinante nel formulare una diagnosi, non ha valore patognomonico e può essere espressione di disturbi diversi. I pattern clinici sono descritti come insiemi di manifestazioni fenomeniche, senza alcuna indicazione relativamente a specificità e rilevanza.

Vediamo nel dettaglio i singoli problemi.

a) *Criteri diagnostici.* I criteri diagnostici proposti per il disturbo specifico di apprendimento (DSA) sono quattro e «devono essere soddisfatti sulla base di una sintesi clinica della storia dell'individuo (storia dello sviluppo, medica, familiare e educativa), delle pagelle scolastiche e della valutazione psicoeducativa»¹. L'importanza attribuita a storia individuale, esiti scolastici e dimensione educativa rivela la centralità del rendimento nei diversi contesti di vita e la scarsa importanza attribuita ad una specifica valutazione del funzionamento dei processi cognitivi coinvolti.

Secondo il DSM-5, il DSA è caratterizzato da difficoltà di apprendimento e uso di abilità

¹ Le frasi citate fra virgolette, quando non diversamente specificato, sono tratte dalle pp. 77-86 della versione italiana del DSM-5 (Raffaello Cortina Editore).

Contributi alla discussione

scolastiche in una delle seguenti aree: lettura ad alta voce, comprensione della lettura, accuratezza ortografica, scrittura di testi, calcolo e manipolazione del concetto di numero, ragionamento matematico. Il Manuale, però, ammette la possibilità che le difficoltà di apprendimento possano «non manifestarsi pienamente fino a che la richiesta rispetto a queste capacità scolastiche colpite supera le limitate capacità dell'individuo», come nelle prove cronometrate o nel caso di carichi scolastici eccessivamente pesanti. Quindi, in assenza di prestazioni deficitarie nelle prove standardizzate di valutazione, il DSA può essere diagnosticato nel caso emergano difficoltà nel cercare di far fronte a richieste ambientali di particolare complessità; difficoltà però che potrebbero riflettere la maggiore sensibilità dei compiti nel rilevare la normale variabilità individuale piuttosto che l'insufficienza delle strategie di compenso.

Per la diagnosi di DSA, le abilità scolastiche (non le prestazioni in test diagnostici specificamente predisposti) devono essere «notevolmente e quantificabilmente al di sotto di quelle attese per l'età cronologica dell'individuo». Il precedente DSM-4 TR affermava che «i deficit di apprendimento vengono diagnosticati quando i risultati ottenuti dal soggetto in test standardizzati, somministrati individualmente, (...) risultano significativamente al di sotto di quanto previsto in base all'età, all'istruzione e al livello di intelligenza» (p. 64). Il DSM-5, non solo sembra ignorare le differenze individuali nei bambini di pari età cronologica, ma non prevede che si tenga conto del livello di intelligenza per stimare le abilità attese. I criteri diagnostici ammettono che le difficoltà di apprendimento non sono «giustificate da disabilità intellettive», ma considerano livelli normali di funzionamento intellettivo quelli associati a «punteggi QI di almeno 70 ± 5 ». In questo caso gli autori del DSM-5 confondono soglia di normalità (punteggi QI tra 65 e 75 si collocano al di sotto del 5 percentile) e prestazione attesa, paragonabile a quella dei pari (punteggio medio). È plausibile che, in molti compiti, bambini con QI ai limiti della normalità presentino prestazioni peggiori rispetto a quelle dei loro pari, ma questo non implica la presenza di DSA (si veda

Schroeder, 2014, in <http://www.madinamerica.com/2014/05/dear-dsm-5-still-questions/>).

Il DSM-5 ammette la possibilità che DSA e disabilità intellettiva possano coesistere e chiarisce che «in questo caso vengono poste entrambe le diagnosi» (p. 46), ma ancora una volta, la diagnosi è pensata non come una categoria interpretativa ma come una etichetta descrittiva del comportamento osservato.

b) *Uso di test standardizzati*. Il DSM-5 prevede l'uso di test standardizzati di rendimento scolastico; tuttavia consente l'adozione di soglie flessibili e, in assenza di test disponibili, ammette la possibilità che la diagnosi si basi sul giudizio clinico. Diversamente dal DSM-4 TR, nel DSM-5 non sono previsti solo test individuali standardizzati. La diagnosi di DSA è descritta come «una diagnosi clinica basata sulla sintesi della storia medica, dello sviluppo, educativa e familiare dell'individuo; della storia della difficoltà di apprendimento, comprese le loro manifestazioni passate e attuali; dell'impatto di tali difficoltà sul funzionamento scolastico, lavorativo e sociale; delle pagelle scolastiche passate o attuali; della documentazione delle attività che richiedono abilità scolastiche». La valutazione del DSA dunque consiste in un complesso processo di analisi qualitativa che considera le difficoltà di rendimento nei diversi contesti; questo aumenta la probabilità di includere falsi positivi o di trattare allo stesso modo bambini con difficoltà diverse.

Infine, un'ultima indicazione: «la valutazione dei deficit cognitivi non è richiesta ai fini della valutazione diagnostica». Aniché esplorare il profilo cognitivo dei singoli bambini, di fronte alla varietà e alla variabilità dei deficit cognitivi associati ai DSA, si preferisce ignorare il problema ed evitare l'approfondimento conoscitivo necessario per interpretare la natura del disturbo.

c) *Gravità*. Il DSA può essere classificato sulla base del livello di gravità. Questo però, non in seguito a un articolato processo di indagine, ma a partire dagli esiti dei già avviati interventi educativi di supporto o compenso. Il disturbo è lieve, se l'individuo è «in grado di compensare o di funzionare bene se fornito di facilitazioni e servizi di sostegno»; moderato,

se sono necessari «momenti di insegnamento intensivo e specializzato»; grave, se non è possibile fare a meno di «un insegnamento continuativo, intensivo, personalizzato e specializzato». Gli interventi di aiuto e facilitazione sono non la conseguenza di una preliminare diagnosi dei diversi quadri clinici, ma gli indicatori che precedono la diagnosi e consentono di stabilire i diversi livelli di gravità.

d) *Persistenza*. Il DSA è definito come un disturbo persistente ed è assunto come permanente. Il primo dei criteri diagnostici prevede che si possa parlare di DSA solo in caso di «difficoltà di apprendimento e nell'uso di abilità scolastiche indicato da sintomi che sono persi per almeno 6 mesi, nonostante la messa a disposizione di interventi mirati su tale difficoltà». Il DSA è descritto come «distinto dalle normali variazioni dei risultati scolastici dovute a fattori esterni (...) in quanto le difficoltà di apprendimento persistono in presenza di opportunità educative adeguate». Ancora una volta, la diagnosi segue gli interventi di supporto e questi consentono la diagnosi solo in caso di fallimento. Implicitamente, il DSA è considerato insensibile al trattamento; se così non fosse non sarebbe diagnosticabile. Ne consegue che, una volta diagnosticato, il disturbo persiste per sempre. Il DSM-5 suggerisce che «per gli individui di 17 anni e oltre di età, un'anamnesi documentata delle difficoltà di apprendimento invalidanti può sostituire l'inquadramento clinico standardizzato». I test, quindi, una volta formulata la diagnosi, non sono ritenuti necessari, anche se sono numerosi gli strumenti disponibili per aggiornare la valutazione. Gli autori del DSM-5 sembrano ipotizzare che, a parte casi eccezionali, il DSA non sia suscettibile di evoluzione. «Dal momento che il disturbo specifico dell'apprendimento persiste tipicamente in età adulta, di rado si rende necessaria una rivalutazione, a meno che non sia indicata a causa di marcanti cambiamenti delle difficoltà di apprendimento (miglioramento o peggioramento) o di richieste per scopi specifici». In generale, si sostiene l'idea che le capacità cognitive e di rendimento non cambino dopo la tarda adolescenza; nonostante l'influenza di fattori ambientali, sociali ed educativi sui risultati scolastici,

appare esclusa la possibilità che si possa rivedere o compensare una precedente diagnosi di DSA. Nel Manuale si ammette che «un'istruzione sistematica, intensiva, personalizzata, con l'utilizzo di interventi basati sulle evidenze, può mitigare o migliorare le difficoltà di apprendimento in alcuni individui o promuovere l'uso di strategie di compensazione in altri, attenuando così gli esiti altrimenti scarsi». Tuttavia, in assenza di indicatori prognostici che possano definire obiettivi e pianificare interventi, una affermazione del genere appare priva di ogni valore, sembra più una possibilità auspicata che un esito prevedibile.

e) *Sintomatologia*. Nel DSM-5 la descrizione qualitativa del DSA comprende una serie di sintomi che «possono essere osservati» nelle diverse fasce di età, nessuno dei quali necessario per la diagnosi; i singoli fenomeni possono riflettere difficoltà diverse o essere completamente privi di significato clinico. Esempi di errori sono riportati per ogni ambito specifico (lettura, scrittura, calcolo), ma sono presentati solo come fenomeni osservabili, senza alcun tentativo di spiegazione teorica. Nel caso della lettura si citano difficoltà ad apprendere «la corrispondenza lettera-suono», a leggere correttamente «parole comuni dalla pronuncia irregolare (per es., glicine)» e a leggere parole indovinandone «il seguito in maniera arbitraria (per es., leggere «commesso» anziché «commercio»)». A parte l'approssimazione del linguaggio adottato, questi sono esempi di errore che riflettono difficoltà cognitive diverse e si osservano in forme diverse di dislessia. Il disturbo di apprendimento della lettura è sempre trattato come unitario, in nessun caso sono proposte diagnosi differenziali o procedure di valutazione per individuare sottocategorie (sulla varietà dei disturbi di lettura e scrittura, si veda Zoccolotti e Friedmann, 2010).

Nella descrizione qualitativa del DSA sono riportate anche manifestazioni comportamentali, in età prescolare («riluttanza nell'impegnarsi ad imparare; comportamento oppositivo») o in età adulta (evitamento delle attività che richiedono la lettura, come «leggere per piacere, leggere le istruzioni»), che però non sono specifiche e non possono supportare alcuna deci-

Contributi alla discussione

sione diagnostica. Anche la constatazione che «episodi di ansia grave o di disturbi d'ansia, compresi lamentele fisiche e attacchi di panico, sono comuni nel corso della vita e accompagnano le manifestazioni sia circoscritte che estese delle difficoltà di apprendimento» ha la funzione meramente descrittiva di una condizione di sofferenza comprensibile e prevedibile, ma non ha alcun valore euristico nell'indagine a fini diagnostici.

In conclusione, il DSA-5 è pensato come uno strumento per il medico che deve riconoscere e classificare quadri sindromici o costellazioni di sintomi. Per lo psicologo che si occupa di disturbi cognitivi in età evolutiva (ma considerazioni analoghe si possono fare per i disturbi neurocognitivi acquisiti), la descrizione clinica e i criteri diagnostici sono di scarsa utilità. Numerosi sono gli aspetti metodologici ignorati, trattati in modo vago o dati per impliciti. Per esempio, un criterio prevede che per la diagnosi di DSA le difficoltà di apprendimento debbano non essere attribuibili a «istruzione scolastica inadeguata». Tuttavia, nessun tentativo è proposto per definire cosa si intenda per istruzione inadeguata, se ci si riferisce alla regolarità della frequenza scolastica e ad altri aspetti di natura organizzativa oppure alle scelte formative della scuola e alle metodologie utilizzate dai singoli insegnanti. Numerosi sono i problemi diagnostici in caso di DSA (Cornoldi e Tressoldi, 2014). In assenza di un serio sforzo di specificare con esattezza l'intero processo di valutazione e diagnosi, il rischio di medicalizzare i problemi di apprendimento e di applicare erroneamente etichette che possono rivelarsi fonti di disagio e stigmatizzazione è molto alto.

Riferimenti bibliografici

- Biondi, M., Bersani, F.S., Valentini, M. (2014). Il DSM-5: l'edizione italiana. *Rivista di Psichiatria*, 49, 57-60.
- Blashfield, R.K., Keeley, J.W., Flanagan, E.H., Miles, S.R. (2014). The cycle of classification: DSM-IV through DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 25-51.
- Cornoldi, C., Tressoldi, P. (2014). Linee guida per la diagnosi dei profili di dislessia e disortografia

previsti dalla legge 170: invito a un dibattito. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 18, 75-142.

- Kovach, C.R. (2014). Is the DSM-5 change in dementia labeling perilous for research? *Research in Gerontological Nursing*, 7, 102-104.
- Rodríguez-Testal, J.F., Senín-Calderón, C., Perona-Garcelán, S. (2014). From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 221-231.
- Rogers, D., Evans, B., Roberts, C., Cuc, A., Mitzenberg, W. (2014). Neuropsychologists' preferences for DSM-5 versus ICD-10, NINDS, or other diagnostic criteria (Abstract). *Archives of Clinical Neuropsychology*, 29, 554.
- Sachdev, P.S., Blacker, D., Blazer, D. G., Ganguli, M., Jeste, D.V., Paulsen, J.S., Petersen, R.C. (2014). Classifying neurocognitive disorders: The DSM-5 approach. *Nature Reviews Neurology*, 10, 634-642.
- Zoccolotti, P., Friedmann, N. (2010). From dyslexia to dyslexias, from dysgraphia to dysgraphias, from a cause to causes: A look at current research on developmental dyslexia and dysgraphia. *Cortex*, 46, 1211-1215.

La specificità dei disturbi dell'apprendimento: commenti sulla formulazione adottata nel DSM-5

PIERLUIGI ZOCCOLOTTI E GLORIA DI FILIPPO
Università 

La recente pubblicazione del DSM-5 suggerisce una riflessione sulle procedure diagnostiche in generale e su quelle relative ai disturbi dell'apprendimento in particolare. Su questo tema, il DSM 5 riporta novità importanti. Se i manuali precedenti avevano progressivamente enfatizzato il tema della specificità dei disturbi, nell'ultima versione vi è, su questo, un ripensamento e viene avanzata, viceversa, la proposta di una singola categoria diagnostica («specific learning disorder») anche se accompagnata da una serie di specificazioni (vedi più sotto).

Un resoconto interessante delle motivazioni che hanno portato a questi cambiamenti è presentato da Rosemary Tannock (2013), un membro del gruppo di lavoro che ha contribuito alla formulazione del nuovo manuale. L'autrice riporta tre motivi principali per mettere in di-

scussione la «questionable discreteness and coverage» delle categorie di disturbi dell'apprendimento previste dal DSM-4 e cioè dislessia, disortografia e discalculia. Innanzitutto, la formulazione delle difficoltà di apprendimento in termini di disturbi specifici non troverebbe un chiaro riscontro nei contesti educativi; non sarebbe, cioè, coerente né con la formulazione dei bisogni educativi speciali né, più in generale, con i servizi educativi speciali. Si nota poi che la presenza di disturbi della comunicazione è riportata nella storia clinica di bambini indipendentemente dal tipo di disturbo specifico di apprendimento. Infine, viene osservato come tutte le categorie di disturbo specifico dell'apprendimento (e cioè disturbo della lettura, disturbo dell'espressione scritta e disturbo del calcolo) presentino un'associazione sistematica (anche se parziale) con il quadro di disattenzione (parte del disturbo di ADHD; per dati coerenti con questa formulazione relativi alla realtà italiana, si veda Trenta e Zoccolotti, 2012).

A queste motivazioni si aggiunge una letteratura scientifica che si è progressivamente sensibilizzata al problema delle co-morbidità tra disturbi dell'apprendimento e tra disturbi dell'apprendimento ed altri disturbi evolutivi. Un contributo particolarmente significativo alle conoscenze su questo tema è stato apportato da Bruce Pennington e dal gruppo di ricerca da lui coordinato (per una importante sintesi di questi studi si veda Pennington, 2006). Nella prospettiva proposta da questo gruppo, l'eziologia di disturbi quali la dislessia è multifattoriale e i fattori alla base di questi disturbi (tra loro intrinsecamente indipendenti) sono «parzialmente» sovrapposti in modo che coppie differenti di disturbi condividano alcuni fattori di rischio ma non altri (Pennington, 2006). La ricerca di quest'ultimo decennio ha permesso di mettere in evidenza alcuni di questi fattori e anche di iniziare a collocare queste associazioni in una prospettiva genetica (ad es., Willcutt et al., 2010). Peraltro, quest'ultimo sviluppo, anche se potenzialmente promettente, è ancora

in una fase di avvio e non è semplice trasferire in un contesto clinico le pur significative acquisizioni ottenute a tutt'oggi (e.g., Carrion-Castillo et al., 2013). Un altro aspetto importante è che le distribuzioni dei fattori di rischio sono continue e non categoriali; quindi, secondo Pennington (2006), l'imposizione di cut-off per identificare la soglia di patologia contiene comunque un elemento di arbitrarietà.

La presenza di una rete di associazioni parziali tra disturbi crea problemi per la prospettiva tradizionale di analisi che cerca di identificare un deficit nucleare del disturbo separando in modo netto sintomi principali da sintomi associati¹. In effetti, le associazioni tra disturbi, tipiche dei quadri evolutivi, pongono un challenge importante alla logica cognitivista prevalente nell'approccio della neuropsicologia dei disturbi acquisiti che vede nella doppia dissociazione tra disturbi la chiave di analisi per l'interpretazione dei deficit cognitivi (Shallice, 1988). Questo ha portato Dorothy Bishop (1997) a definire la neuropsicologia cognitivista e i disturbi evolutivi come «uncomfortable bedfellows». Nella prospettiva della co-morbidità, le associazioni tra disturbi divengono oggetto diretto dell'analisi volta a comprendere le cause di un disturbo e non meramente parte della descrizione del quadro fenomenologico; in particolare, disturbi cognitivi quali la dislessia o la discalculia vengono visti come legati alla presenza variabile di più fattori tra loro indipendenti.

Come trasferire la logica dell'approccio in termini di co-morbidità nella prospettiva categoriale tipica dei manuali internazionali in generale e del DSM in particolare? Il gruppo di lavoro del DSM ha preso atto della difficoltà a interpretare i dati scientifici in modo interamente coerente dal punto di vista della presenza di disturbi dell'apprendimento tra loro chiaramente dissociabili. La loro scelta è stata così quella di optare «for a parsimonious decision to balance scientific integrity and clinical utility» (Tannock, 2013). In particolare, come abbiamo visto, i disturbi separati nel DSM-4

¹ Nelle parole di Pennington (2006), «At the same time that a probabilistic, multifactorial model of the etiologies of these disorders is widely accepted, our cognitive analyses of them often relies on a deterministic, single deficit model. So, there is a potential contradiction between our etiological and cognitive models for understanding such disorders».

Contributi alla discussione

sono stati inseriti in un'unica categoria (così da mettere in rilievo gli elementi di continuità tra di loro) mentre è stata mantenuta una distinzione attraverso l'uso di «developmental course specifiers» (così da poter rendere conto delle loro parziali dissociazioni; Tannock, 2013). Si parlerà così di un disordine specifico dell'apprendimento con compromissione della lettura, o con compromissione dell'espressione scritta ecc.

Il tempo dirà se la scelta operata dal gruppo di lavoro, e adottata nel manuale, fornirà un punto di riferimento più utile per l'attività diagnostica degli operatori di quanto non sia avvenuto con la formulazione del DSM-4. Certamente, la prospettiva dei manuali internazionali è quella di tradurre in termini clinicamente operazionalizzabili le conoscenze attuali con la più ampia condivisione possibile tra gli esperti del settore. Non è quindi (né deve esserlo considerato) un punto statico di riferimento ma, piuttosto, un compromesso utile per favorire una coerenza nella formulazione delle diagnosi. Rimane, quindi, la questione, più generale, se (ed eventualmente come) un approccio teorico, ispirato al concetto di co-morbilità e focalizzato all'identificazione di fattori eziologici multipli tra loro indipendenti e con distribuzioni di rischio continue, possa essere inquadrato in una prospettiva categoriale dei disturbi cognitivi e comportamentali.

In riferimento ai disturbi dell'apprendimento, il DSM-5 introduce una serie di altre novità rilevanti.

Forse la più interessante è l'idea che, per essere considerate significative a livello diagnostico, le difficoltà di apprendimento devono persistere «per almeno 6 mesi nonostante la messa a disposizione di interventi mirati su tali difficoltà». Questa scelta che si richiama allo sviluppo della letteratura sulla response to intervention (RTI; e.g., Fuchs e Fuchs, 2006) può portare a cambiamenti importanti nelle procedure di valutazione dei disturbi.

Si nota anche come viene abbandonato il concetto di discrepanza tra livello di lettura e livello intellettuale (una scelta metodologica adottata in modo sistematico soprattutto in Gran Bretagna). Questa proposta appare allineata

con le conclusioni della Consensus Conference effettuata in Italia dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2011.

Infine, colpisce il fatto che, nella formulazione della compromissione della lettura, permanga nel DSM-5, accanto a quelli di velocità e accuratezza nella lettura, l'indicazione dei deficit nella comprensione del testo. Prevale, qui, la logica funzionalista del DSM-5 su una letteratura a questo punto molto ampia che distingue in modo chiaro tra deficit di decodifica e di comprensione. In questo caso, quindi, troviamo una diversa scelta tra il DSM-5 e le conclusioni della citata Consensus Conference italiana.

Riferimenti bibliografici

- Bishop, D.V. (1997). Cognitive neuropsychology and developmental disorders: Uncomfortable bedfellows. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology: Section A*, 50(4), 899-923.
- Carrion-Castillo, A., Franke, B., Fisher, S.E. (2013). Molecular genetics of dyslexia: An overview. *Dyslexia*, 19(4), 214-240.
- Fuchs, D., Fuchs, L.S. (2006). Introduction to response to intervention: What, why, and how valid is it? *Reading Research Quarterly*, 41(1), 93-99.
- Istituto Superiore di Sanità, Sistema Nazionale per le Linee Guida (2011). *Disturbi Specifici di Apprendimento*, Consensus conference, 6-7 dicembre 2010, <http://www.lineeguidadsa.it>.
- Pennington, B.F. (2006). From single to multiple deficit models of developmental disorders. *Cognition*, 101, 385-413.
- Shallice, T. (1988). *From neuropsychology to mental structure*. New York, N.Y.: Cambridge University Press.
- Tannock, R. (2013). Rethinking ADHD and LD in DSM-5: Proposed changes in diagnostic criteria. *Journal of Learning Disabilities*, 46, 5-25. DOI: 10.1177/0022219412464341.
- Trenta, M., Zoccolotti, P. (2012). Deficit di attenzione e iperattività (ADHD) e disturbo oppositivo-provocatorio (DOP): associazione con i disturbi di apprendimento in bambini italiani di quinta elementare. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 16, 293-312. DOI: 10.1449/37830
- Van Orden, G.C., Pennington, B.F., Stone, G.O. (2001). What do double dissociations prove? *Cognitive Science*, 25, 111-172.

Willcutt, E.G., Betjemann, R.S., McGrath, L.M., Chhabildas, N.A., Olson, R.K., DeFries, J.C., Pennington, B.F. (2010). Etiology and neuropsychology of comorbidity between RD and ADHD: The case for multiple-deficit models. *Cortex*, 46(10), 1345-1361.

DSM-5: i disturbi dirompenti del controllo degli impulsi e della condotta

ANNARITA MILONE, AZZURRA MANFREDI, GABRIELE MASI
Università?? 

Il DSM-5 ha riservato una nuova categoria diagnostica a sé stante per i disturbi accomunati da difficoltà di regolazione comportamentale e emotiva, denominata «Disturbi dirompenti del controllo degli impulsi e della condotta». In questo nuovo raggruppamento diagnostico sono collocati alcuni dei disturbi che nel DSM-IV-TR che erano presenti nel gruppo Disturbi da deficit dell'attenzione e da comportamento dirompente, mentre nel nuovo manuale il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (o Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD) è stato inserito nella sezione dedicata ai Disturbi del Neurosviluppo.

La nuova categoria diagnostica comprende il Disturbo oppositivo-provocatorio (DOP), il Disturbo esplosivo intermittente, il Disturbo della Condotta (DC) ed il Disturbo di Personalità Antisociale. Si parla infine di disturbo da comportamento dirompente non altrimenti specificato quando sono presenti i sintomi di uno dei disturbi suddetti, ma il loro numero non raggiunge la soglia diagnostica, pur essendo presente una compromissione funzionale significativa.

Tutti questi disturbi sono accomunati da alcuni aspetti temperamentali, quali disinibizione comportamentale, scarsa capacità di tollerare frustrazioni o limiti, e tendenza a sovrastimare le conseguenze positive dei loro agiti aggressivi (sia verbali che distruttivi su oggetti, che etero-lesivi) in risposta a situazioni relazionali in cui viene valutata una reale o presunta minaccia ambientale. Questi aspetti disfunzionali

e pervasivi nei vari contesti di vita (famiglia, scuola, contesto sociale, contesto sportivo, ecc.) devono essere di gravità tale da determinare una importante interferenza sul funzionamento globale.

Disturbo oppositivo-provocatorio

La revisione dei criteri nel DSM-5 propone la conservazione dei criteri diagnostici individuati nel DSM-IV per il DOP. L'elemento di novità più rilevante è la ripartizione dei descrittori su tre pattern prevalenti, quello con arrabbiato/irritabile, quello con comportamenti polemici e di sfida, e quello vendicativo, che individuano tre diversi fenotipi clinici, e potenzialmente possibili diverse modalità evolutive, il primo a maggiore componente affettiva, il secondo a maggiore componente trasgressiva, il terzo a maggiore componente manipolatoria. I descrittori clinici del DOP nel DSM-5 presentano la seguente ripartizione all'interno criterio A:

A. Un pattern persistente di umore arrabbiato/irritabile, comportamenti polemici/sfidanti o vendicativi che durano almeno 6 mesi, periodo nel quale sono stati presenti almeno 4 sintomi tra quelli presenti nelle seguenti categorie e che sono stati osservati durante l'interazione con almeno un individuo che non è un fratello.

Arrabbiato/ Umore irritabile

1. Spesso si arrabbia.
2. Spesso è suscettibile o facilmente irritato dagli altri.
3. Spesso è arrabbiato e rancoroso.

Polemico/condotte di sfida

4. Spesso litiga con le persone che rivestono ruoli di autorità o con gli adulti.
5. Spesso sfida attivamente o rifiuta di rispettare la/le richieste o le regole degli adulti.
6. Spesso irrita deliberatamente gli altri.
7. Spesso accusa gli altri per i suoi errori o il proprio cattivo comportamento.

Condotte vendicative

1. È stato vendicativo o dispettoso almeno due volte negli ultimi 6 mesi.

Nei criteri diagnostici sono presenti indicazioni che possono essere utili al clinico nel di-

stinguere, specie in età prescolare o nel primo ciclo scuola elementare, comportamenti che possono essere considerati fisiologici per l'età da comportamenti più chiaramente indicatori di una fenomenologia clinica. Sono stati inseriti nel DSM-5, modifiche dei descrittori sintomatologici relativi alla persistenza e la frequenza dei sintomi, che permettano di far diagnosi di DOP in bambini di età inferiore ai 5 anni. Il DSM-5 prevede, diversamente dal DSM-IV, la possibilità di comorbidità tra DOP e DC, seguendo le indicazioni di alcuni studi che hanno mostrato come le traiettorie evolutive dei due disturbi sono spesso indipendenti. Seguendo un criterio dimensionale, come per le altre patologie descritte nel DSM-5, nel DOP sono descritti tre livelli di gravità (lieve, medio e grave), sulla base della intensità e pervasività dei sintomi in uno o più contesti di vita. Tale componente dimensionale è comunque quella che condiziona la qualità e la quantità degli interventi terapeutici (Masi *et al.*, 2008a, 2014a).

Disturbo della condotta

I criteri diagnostici per il DC non si caratterizzano per modifiche sostanziali rispetto a quanto presente nel DSM-IV e viene conservata la classificazione di sottotipi derivanti dall'età di insorgenza (cut-off 10 anni) con una forma ad insorgenza infantile, una forma adolescenziale e una terza categoria riservata ai casi in cui non sia possibile determinare l'età di insorgenza. La forma ad esordio infantile viene descritta come quella a prognosi peggiore, con maggiori implicazioni genetiche e temperamentalmente, mentre la forma ad origine adolescenziale appare più contesto-dipendente e legata a fattori quali life events traumatici, stili educativi parentali disfunzionali, frequentazione di gruppi di pari dissociati (Masi *et al.*, 2008b).

Il maggiore elemento di novità nel DSM-5, che appare come un tentativo di superamento di una descrizione puramente comportamentale del DC, è la descrizione di un sottotipo specifico denominato «con emozioni prosociali limitate». Questo sottotipo si caratterizza sul piano clinico per la presenza di scarso ri-

morso o scarso senso di colpa, scarso interesse per la qualità delle proprie prestazioni, freddezza, scarsa empatia ed anaffettività, per cui i propri sentimenti non vengono espressi agli altri, se non in modo superficiale e/o non sincero o per ottenere un vantaggio in modo manipolatorio. Tale entità clinica, che appare in parte una rivisitazione del vecchio concetto di psicopatia utilizzato prevalentemente per l'età adulta, è stata ampiamente discussa e validata nella letteratura internazionale come forma caratterizzata dalla presenza di «Callous-Unemotional (CU) Traits». I minori con DC con tratti CU presentano quadri clinici particolarmente gravi, condotte aggressive di tipo proattivo/predatorio, spesso tese al raggiungimento di obiettivi personali di vendetta, dominio o sopraffazione dell'altro, fattori di rischio genetici e aspetti neurocognitivi specifici. Questi quadri clinici costituiscono fattori prognostici negativi essendo spesso correlati allo sviluppo di quadri psicopatologici complessi, maggiormente resistenti sia ad interventi farmacologici (Masi *et al.*, 2006, 2008b, 2009) che non farmacologici (Masi *et al.*, 2011, 2013), in cui le condotte aggressive e dissociative possono gradualmente intensificarsi e portare allo sviluppo di un Disturbo Antisociale di Personalità. L'Antisocial Processing Device (APSD) e l'Inventory of Callous Unemotional traits (ICU), entrambi disponibili nella versione per bambini/adolescenti, genitori ed insegnanti, e la Psychopathy-Youth Version (PCL-Y) sono gli strumenti maggiormente utilizzati, sia in ambito di ricerca che clinico, per la rilevazione di dei tratti CU.

I soggetti con tratti CU elevati presentano un profilo neurocognitivo specifico in cui si evidenzia un deficit delle capacità di processazione emozionale, e più in generale delle competenze empatiche. Essi presentano una difficoltà nel riconoscere e verbalizzare le proprie emozioni, ed ancor più a valutare le conseguenze emotive delle proprie azioni su gli altri (Masi *et al.*, 2014b). La difficoltà prevale nel riconoscimento negli altri di espressioni di paura, tristezza e stress a cui questi soggetti non rispondono con un'adeguata sintonizzazione comportamentale e/o affettiva.

La presenza di tratti CU elevati è spesso accompagnata da altri tratti temperamentali quali novelty seeking e sensation seeking, da una sottostima dei rischi personali anche in riferimento alla propria integrità fisica, che possono derivare dal coinvolgimento in esperienze nuove e ad alta risonanza emotiva, mentre si rileva una correlazione negativa tra tratti CU elevati e presenza di ansia o nevrosi. Tale caratterizzazione clinica ha chiare implicazioni terapeutiche, in quanto i minori con DC e tratti CU sono descritti come scarsamente responsivi agli interventi terapeutico-riabilitativi ritenuti comunemente efficaci nei bambini ed adolescenti DC e che prevedono strategie cognitivo-comportamentali con l'utilizzo della punizione che della ricompensa. anche se in intervento maggiormente centrato su elementi internalizzanti può rappresentare, in particolare negli interventi precoci, una possibile strategia terapeutica (Masi et al., 2015).

Riferimenti bibliografici

- Masi, G., Milone, A., Canepa, G. et al. (2006). Olanzapine treatment in adolescents with severe conduct disorder. *European Psychiatry*, 21, 51-57.
- Masi, G., Milone, A., Manfredi, A. et al. (2008a). Conduct disorder in referred children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 146-153.
- Masi, G., Milone, A., Manfredi, A., et al. (2008b). Comorbidity of conduct disorder and bipolar disorder in referred children and adolescents. *Journal Child Adolescent Psychopharmacology*, 18(3), 271-279.
- Masi, G., Milone, A., Manfredi, A., et al. (2009). Effectiveness of lithium in adolescents with conduct disorders. *CNS Drugs*, 23(1), 59-69.
- Masi, G., Manfredi, A., Milone, A. et al. (2011). Predictors of non-response to psychosocial treatment in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *Journal Child Adolescent Psychopharmacology*, 21(1), 51-55.
- Masi, G., Manfredi, A., Milone, A. et al. (2013). Response to treatments in youths with disruptive behavior disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 1009-1015.

Masi, G., Milone, A., Manfredi, A. et al. (2014a). Efficacy of a multimodal treatment for disruptive behaviour disorders in children and adolescents: Focus on internalizing problems. *Psychiatry Research*, 219(3), 617-624.

Masi, G., Milone, A., Pisano, S. et al. (2014b). Emotional reactivity in referred youth with disruptive behavior disorders: The role in the callous-unemotional traits. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 426-432.

Masi, G., Manfredi, A., Milone, A. et al. (2015). CBCL emotional dysregulation profiles in youth with disruptive behaviour disorders: Clinical correlates and treatment implications. *Psychiatry Research*, 225(1-2), 191-196.

Comportamenti Autolesivi nel DSM-5: un taglio netto col passato?

MAURO FERRARA E ARIANNA TERRINONI
Università 

L'autolesionismo, definito come atto intenzionale rivolto alla distruzione o all'alterazione diretta di parti del corpo, ha ricevuto negli ultimi anni un'attenzione crescente da parte della comunità scientifica per il trend di incremento epidemiologico e per essere uno dei più frequenti motivi di richiesta di consultazione in adolescenza (Klonsky, 2011).

Mimetizzate per decenni all'interno di un contenitore ampio, insieme a diversi comportamenti auto-diretti con un esito generico di *self-damage*, le condotte autolesive sono state affrontate in modo più focalizzato: rispetto ai possibili esiti a distanza, rispetto al *background* neurobiologico, rispetto all'associazione con altri Disturbi Mentali e con il funzionamento disadattivo, nel suo progressivo organizzarsi verso i Disturbi di Personalità dell'adulto. Il dibattito, a tratti molto acceso, sulla collocazione nosografica e nei sistemi di classificazione delle condotte autolesive è andato di pari passo con l'allarme su quella che sembra una nuova «epidemia» nella fascia d'età adolescenziale (Wilkinson e Goodyer, 2011).

I comportamenti autolesivi stanno diventando emblematici del disagio in adolescenza?

Le stime di prevalenza delle condotte autolesive presentano oscillazioni molto ampie, con una prevalenza nella popolazione adolescenziale che si colloca tra il 13 e il 36%. L'età di esordio – tra i 12 e i 15 anni – sembra anticiparsi: è descritto un aumento recente di esordi precoci, fino al 7-8% dei casi (Zetterqvist, Lundh e Svedin, 2014). Anche rispetto alle prevalenze di genere le controversie restano significative: la maggiore incidenza nella popolazione femminile è un dato sostenuto da molti studi ma disconfermato da altri. Le ultime ricerche evidenziano un avvicinamento nella prevalenza tra i generi procedendo dalla tarda adolescenza all'età adulta. Si ipotizza che le condotte autolesive nel genere femminile abbiano un esordio più precoce e che questo possa essere spiegato dalla differenza nel *timing* di emergenza della pubertà (Zetterqvist et al., 2014).

Fattori di rischio, fattori scatenanti: la ricerca di un modello patogenetico

Le prime teorie formulate concepivano l'autolesionismo come strategia per stabilire dei confini tra Sé e l'altro, per esprimere o controllare emozioni punendo se stessi e proteggendo gli altri, o come surrogato dell'atto suicidario.

Considerata l'espansione del fenomeno, l'interesse della ricerca si è spostato sui fattori di rischio e sui precursori. I fattori di rischio ambientale presi in considerazione per primi sono stati l'abuso e il maltrattamento in età precoce. Molti autori hanno poi reputato queste correlazioni poco chiare: l'esperienza diretta del trauma non può essere considerata condizione sufficiente per l'insorgere dell'autolesionismo ma deve essere associata ad altre variabili (Wilkinson et al., 2011). I fattori di rischio precoci (abuso, maltrattamento o ambiente familiare scarsamente supportivo) indirizzerebbero verso l'utilizzo di strategie di *coping* disadattive, attivate alla svolta adolescenziale dall'interazione tra fattori di vulnerabilità intrapersonali (rego-

lazione emotiva, autostima, senso di efficacia) e interpersonali (relazione con i pari) (Nock, 2010). È ipotizzabile un'interazione continua tra fattori di rischio: in particolare i fattori interpersonali possono contribuire all'avvio della condotta, mentre quelli intrapersonali giocherebbero un ruolo centrale nel suo mantenimento.

Se la premessa generale nell'autolesionismo, suicidario e non, è la complessa embriatura tra fattori di vulnerabilità, i modelli cambiano. Vanno in questa direzione Nock (2009), che per primo ha applicato all'autolesionismo non suicidario un modello funzionale validato empiricamente (*Four Factor Model of NSSI*) (Bentley, Nock e Barlow, 2014) e il modello della «cascata emotiva» – *The Emotional Cascade Model*. Questa recente teoria considera l'autolesionismo un sistema di «distrazione», un processo a cascata che parte dalla presenza di affetti negativi e si sostiene su un cortocircuito tra due dimensioni: ruminazione e disregolazione comportamentale, in un dinamismo che può presentare una rapida *escalation* (Selby et al., 2009).

In linea generale, riuscire a rintracciare degli indici di rischio che permettano di individuare sottogruppi a prognosi più grave è obiettivo di molti ricercatori.

I comportamenti autolesivi nella nosografia e nei sistemi di classificazione: prima e dopo il DSM-5

La nosografia contemporanea delle condotte autolesive viene inaugurata da Pattison e Kahan, che nel 1983 introducono il costrutto di *deliberate self-harm syndrome*. Nell'intenzione degli autori la sindrome avrebbe dovuto essere collocata, nel sistema DSM, all'interno del gruppo «Disturbi del controllo degli impulsi non altrimenti classificati», le cui caratteristiche sono l'incapacità a resistere a un impulso, la tensione crescente che precede l'atto, la gratificazione o il sollievo che ne segue (Pattison e Kahan, 1983). La proposta sollevava nella comunità psichiatrica il problema della plausibilità di un'entità clinica autonoma: distinta dalle condotte *marker* dei *borderline*, dalle condotte

TAB. 1. Criteri diagnostici del DSM 5 per il Comportamento Autolesivo non suicidario (NSSI)

-
- A. 5 o più episodi autolesivi superficiali nell'ultimo anno, per scopi non sociali/estetici
 - B. L'atto intenzionale è associato ad almeno 2 dei seguenti:
 1. pensieri o sentimenti negativi, come depressione, ansia, tensione, rabbia, disagio generalizzato, autocritica, che si verificano nel periodo immediatamente precedente l'atto autolesionistico;
 2. stato di tensione prima di commettere l'atto
 - C. Disagio e impairment significativi
 - D. Assenza di intenzionalità suicidaria
 - E. I comportamenti non si manifestano esclusivamente durante stati di psicosi, deliri o intossicazione. Nei soggetti con un disturbo dello sviluppo, il comportamento non fa parte dello schema delle stereotipie ripetitive. Il comportamento non è meglio giustificato da un altro disordine mentale o da altra condizione medica
-

occasionalmente dei pazienti psicotici, o messe in atto da persone in condizioni di vita particolari (in carcere, ad esempio) (Muehlenkamp, 2005).

Negli anni '90 si rafforza il costrutto di un'entità sindromica discreta: la classificazione più utilizzata è quella proposta da Favazza (Favazza e Rosenthal, 1990) che organizza le condotte autolesive in tre categorie: *condotte maggiori* (sempre associate a disturbi mentali gravi); *condotte stereotipate* (ripetitive, compulsive); *condotte superficiali (o moderate)*. Su queste ultime – le più frequenti in adolescenza e le più enigmatiche perché interrogano sui confini tra normalità, fenomeno culturale e patologia – ci si riferirà da quel momento in avanti nel percorso che conduce al DSM-5.

L'approccio di Favazza, dichiaratamente privo di prospettive psicopatologiche, ha avuto un valore euristico innegabile. Rispetto al suicidio, portava a sostenere la *non continuità tra i due fenomeni*: l'evidenza che una storia di condotte autolesive è presente in circa 1/3 dei suicidi completati a quel punto è però già chiara, e il problema aperto.

Va ricordato che all'interno delle revisioni del DSM, comportamenti autolesivi figurano via via come criterio diagnostico in diversi disturbi, alcuni dei quali vengono ricollocati o eliminati del tutto (la tricotillomania, i disturbi fittizi, il masochismo) ma restano «agganciati» al Disturbo Borderline di personalità, mentre i dati di letteratura suggeriscono che condotte autolesive possono comparire *indipendentemente dalla diagnosi di personalità associata* e in disturbi sia di tipo esternalizzante che internaliz-

zante. Se l'autolesionismo si esprime lungo un *continuum*, la sua migliore «leggibilità» in una prospettiva di *approccio dimensionale* al costrutto *borderline* appare scontata già da qualche anno (Westen, 2003). Ma la strada sembra ancora lunga. La soluzione compromissoria adottata al termine dei lavori che hanno portato all'attuale edizione del Manuale (ovvero: lasciar convivere la classificazione «standard» dei Disturbi di Personalità nella sezione II – quella dei disturbi e relativi criteri diagnostici per l'uso clinico «di routine» – con la proposta di «Modello alternativo», nella Sezione III) (APA, 2013) lascia spazio alle evidenze che verranno: rispetto alla questione centrale del rapporto tra autolesività da una parte, *domini* (es., affettività negativa, disinibizione) e *tratti* (es., impulsività, tendenza a correre rischi) di personalità patologica dall'altra. Questo intreccio resta tutto da scoprire, soprattutto in adolescenza.

È sulla base di apparenti evidenze (alta prevalenza, comorbidità con diagnosi sia di Asse I che di Asse II, significativi livelli di *distress* e *impairment*) ma anche di dubbi rilevanti che viene proposta nel DSM-5 la diagnosi «**Non-suicidal self-injury-NSSI**». Viene collocata nella Sezione III, inserendola tra le condizioni cliniche che necessitano di ulteriori studi (APA, 2013).

La proposta di classificazione del DSM-5 distingue quindi l'autolesionismo non suicidario (NSSI) dal Disturbo da Comportamento Suicidario (APA, 2013).

L'introduzione di una diagnosi «formale» di autolesionismo non suicidario e, specular-

Contributi alla discussione

TAB. 2. Criteri Diagnostici DSM 5 per il Disturbo da comportamento suicidario (SBD)

A. Negli ultimi 24 mesi il soggetto ha commesso un tentativo di suicidio

Nota: Un tentativo di suicidio è una sequenza volontaria di comportamenti messa in atto da un soggetto che, al momento di avvio dell'atto, si attende che l'effetto delle sue azioni lo condurrà a morte. Il tempo di inizio è l'avvio del comportamento che implica l'applicazione del metodo concepito

B. L'atto non incontra i criteri dell'autolesionismo non suicidario – cioè non implica un gesto autolesivo diretto al proprio corpo con la finalità di indurre liberazione da un sentimento/ideazione negativa o per ottenere un stato umorale positivo

C. La diagnosi non si applica alla ideazione suicidaria o ad atti preparatori

D. L'atto non ha avuto inizio durante uno stato di confusione o di incoscienza

E. L'atto non è dovuto unicamente a obiettivi politici o religiosi

Specificare se: ATTUALE (non più di 12 mesi sono trascorsi dal tentativo)

In iniziale remissione (12-24 mesi dal tentativo)

mente, quella di «Comportamento suicidario», ha il pregio di evitare a un cospicuo numero di adolescenti una etichettatura inappropriata o affrettata di *borderline*: un vantaggio indiscutibile, da sommare ai molti vantaggi che ogni formalizzazione diagnostica comporta (favorire la comunicazione tra professionisti e la composizione di campioni più omogenei per la sperimentazione clinica; favorire l'accesso ai trattamenti, almeno alle latitudini dove il rapporto tra diagnosi di disturbo mentale ed erogazione di risorse ha una sua logica, magari discutibile) (Shaffer et al., 2009). Introduce tuttavia un rischio: sottovalutare il potenziale suicidario longitudinale, legittimare un approccio sostanzialmente tranquillizzante che poggia su evidenze deboli. La cosiddetta «intenzionalità» suicidaria è concetto sfuggente: molti adolescenti riportano pensieri suicidari associati a condotte autolesive superficiali (Ferrara, Williams e Terrinoni, 2012), oppure lasciano emergere progressivamente motivazioni mutevoli e una «progettualità» ambigua. Del resto, l'ambivalenza profonda di ogni adolescente rispetto al corpo e alle sue vicende, al rapporto con la morte e alla sua irreversibilità è ben nota (Kapur et al., 2013).

Il «comportamento autolesivo non suicidario»: un punto di partenza, non un punto d'arrivo

La discussione ancora aperta sull'interpretazione dell'autolesività in generale e in ado-

scenza in particolare non ha un significato puramente accademico. Non si tratta solo di orientarsi o meno verso un approccio dimensionale, ma di individuare (riappropriarsi?) di strumenti utili ad avvicinare fenomeni che si collocano nel *continuum* tra normalità e patologia: fenomeni «culturali» o piuttosto spie di malessere individuale; prodromi di un disturbo mentale oppure moda, propagata per contagio anche mediatico (Hawton et al., 2012).

Resta molto difficile definire i confini di un problema che sembra in continuo movimento e tocca questioni centrali rispetto alla mente adolescente. Si è fatto ricorso ai concetti di epidemia o di pandemia: come è già successo in passato per altre patologie, l'assimilazione automatica tra sintomo e fase evolutiva rischia di confondere, nel rumore di fondo prodotto dall'esposizione di sé cui alcuni di questi adolescenti ricorrono volentieri. Non a caso, si è parlato anche di «anoressia new age»: «bypassando» la nosografia e il DSM, ma forse cogliendo un tratto significativo di quella che si potrebbe definire un'antropologia contemporanea dell'adolescenza.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association – APA (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5). *American Psychiatric Pub.*
- Bentley, K.H., Nock, M.K., Barlow, D.H. (2014). The four-function model of nonsuicidal self-injury key directions for future research. *Clinical Psychological Science*, 2(5), 638-656.

- Favazza, A.R. (1996). *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. 2nd Edition. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Ferrara, M., Terrinoni, A., Williams, R. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescent inpatients: Assessing personality features and attitude toward death. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 6(1), 12.
- Hawton, K., Casey, D., Bale, E., Rutherford, D., Bergen, H., Simkin, S. et al. (2012). *Deliberate self-harm in Oxford 2009*. Oxford: Centre for Suicide Research, University of Oxford.
- Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R.O., Hawton, K. (2013). Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: New diagnosis or false dichotomy? *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 326-328.
- Klonsky, E.D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological medicine*, 41(09), 1981-1986.
- Muehlenkamp, J.J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 324-333.
- Nock, M.K. (2009). Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment. *American Psychological Association*.
- Nock, M.K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363.
- Pattison, E.M., Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 140, 867-872.
- Selby, E.A., Anestis, M.D., Bender, T.W., Joiner, T.E. jr (2009). An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 118(2), 375.
- Shaffer, D., Jacobson, C. (2009). Proposal to the DSM-V childhood disorder and mood disorder work groups to include non-suicidal self-injury (NSSI) as a DSM-V disorder. *American Psychiatric Association*.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, A.B., Glass, A.B., Martens, B.A. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV diagnoses and an empirically derived alternative. *Amer. J. Psych.*, 160, 952-966.
- Wilkinson, P., Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 103-108.
- Zetterqvist, M., Lundh, L.G., Svedin, C.G. (2014). A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: Support for a specific distress-function relationship. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 8, 23-23.

