

Massimiliano Aragona

Oltre l'attuale crisi della nosografia psichiatrica: uno sguardo al futuro

L'attuale crisi delle classificazioni psichiatriche. Quei bei tempi andati

C'era una volta una comunità scientifica sicura di sé, che si aggirava per i reparti portandosi in tasca i criteri diagnostici del DSM-III, tutta protesa a fare la giusta diagnosi. Una volta capito quale fosse il disturbo mentale di cui era portatore il paziente, tutto il resto veniva da sé. Le linee guida più aggiornate avrebbero indicato la migliore terapia a disposizione, e sarebbe bastato spiegare al paziente di quale disturbo soffriva per convincerlo a porvi rimedio con la giusta terapia. Da dove veniva quella sensazione di sicurezza? Sostanzialmente dal fatto che nel 1980, per la prima volta nella storia della classificazione psichiatrica, il DSM-III¹ aveva instituito un paradigma scientifico.² Cosa era successo? Fondamentalmente che alle montanti critiche e sfide che la psichiatria degli anni '70 si era trovata a subire su vari fronti, la psichiatria americana aveva risposto con il DSM-III, che prometteva di aver definitivamente risolto il problema della scarsa affidabilità diagnostica³ delle diagnosi psichiatriche, con la babele diagnostica che ne era conseguita sino ad allora. Come aveva fatto? Introducendo nel processo diagnostico l'utilizzo di criteri diagnostici operativi, cioè una serie di criteri *espliciti* e in qualche modo "verificabili" (nel senso che il valutatore doveva poter decidere di volta in volta se fossero presenti o meno). Poco importava se questi criteri fossero schiacciati verso il comportamento e tralasciassero i vissuti, se dessero troppa importanza agli aspetti quan-

titativi rispetto a quelli qualitativi, se mettersero tutti i sintomi sullo stesso piano annullando le classiche distinzioni tra sintomi fondamentali e accessori, se l'uso di criteri politetici rendesse le diagnosi molto eterogenee. Di tutto ciò agli occhi degli estensori del DSM-III non importava nulla, l'importante era che avendo dimostrato in alcune ricerche *ad hoc* che in questo modo migliorava la *reliability*, ciò era sufficiente a dichiarare vittoria. E in effetti è un clima di vittoria ed estrema fiducia nelle proprie idee quella che si respira in quegli anni, quando Spitzer e Klerman respingono le critiche che vengono dal fronte "sconfitto" degli psicanalisti americani,⁴ e quando in tutto il mondo si assiste a una rapida adozione delle idee, dello spirito e del linguaggio del DSM-III. Il suggello finale a questo processo lo avrebbe poi messo la nuova edizione dell'ICD, il manuale di classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità, decidendo di seguire il DSM-III nell'adottare anche per l'ICD-10 una formalizzazione della diagnosi attraverso criteri diagnostici operativi. Era il segnale definitivo che il modo di far diagnosi del DSM, attraverso criteri diagnostici operativi, si era imposto a livello mondiale.

La promessa non mantenuta

Il DSM-III asseriva di aver risolto il problema dell'affidabilità diagnostica, e su ciò ha basato la sua credibilità. Ma benché ufficialmente "ateoretico", in gioco c'era molto di più. C'era un'intera visione della malattia mentale, e conseguentemente della prassi clinica e di ricerca, che si fondava sui seguenti assunti: *a*) i disturbi mentali sono malattie biomediche; *b*) attraverso la diagnosi operativa si enuclea descrittivamente un ente di natura; *c*) di esso un domani conosceremo eziologia e alterazioni soggiacenti, strutturali e funzionali, di modo che *d*) sarà possibile avere terapie sempre più specifiche ed efficaci (perché mirate all'eziopatogenesi). Così facendo, il DSM-III si poneva in continuità con una visione che allora veniva chiamata "neo-kraepeliniana" e che accomuna su una stessa linea la psichiatria contemporanea figlia del DSM, Kraepelin, e in generale i grandi clinici di fine Ottocento debitori di Griesinger. In essenza, il punto comune è l'idea che attraverso una descrizione accurata della fenomenica psicopatologica si possano

enucleare vere e proprie malattie mentali, enti di natura di cui la ricerca futura troverà le cause somatiche. È su questo terreno che si iscrive e acquisisce senso la promessa del DSM-III, ovvero: oggi vi diamo la possibilità di avere diagnosi più affidabili, e se ci seguirete vi prometiamo che domani per questa via arriverete a scoprire i fattori eziopatogenetici sottostanti. È questo, a mio avviso, il senso del principio enunciato da Spitzer, per il quale «anche se l'affidabilità diagnostica non garantisce la validità, finché i criteri diagnostici saranno inaffidabili non potranno neanche esser validi».⁵

Oggi è chiaro a tutti che questa promessa non si è realizzata. Non stiamo parlando di psicoanalisti nostalgici di quando la psicoanalisi dominava la psichiatria americana, o di anziani psicopatologi europei gelosi custodi del loro criptico sapere, perché da questi fronti le critiche al DSM non sono mai mancate. Ciò che adesso fa la differenza, e denota una diffusa disillusione, è che le critiche vengono dal seno stesso della psichiatria americana (diffondendosi quindi alla psichiatria accademica un po' in tutto il mondo). Così, qualche anno fa erano gli stessi studiosi incaricati di elaborare la quinta edizione del DSM che scrivevano:

Negli oltre trent'anni da quando furono introdotti i criteri di Feighner [...] che portarono al DSM-III, l'obiettivo di validare queste sindromi scoprendone l'etiologia è rimasto irrealizzato. [...] non si è trovato alcun esame di laboratorio che identificasse specificamente qualche sindrome definita secondo il DSM. Gli studi epidemiologici e clinici hanno dimostrato livelli estremamente elevati di *comorbidity*, il che mina l'ipotesi che queste sindromi rappresentino eziologie distinte. Inoltre, gli studi epidemiologici hanno mostrato per molti disturbi alti livelli di instabilità diagnostica nel breve periodo. Rispetto al trattamento, la mancanza di specificità terapeutica è la regola più che l'eccezione.⁶

E ancora:

la ricerca che si focalizzi esclusivamente nel raffinare le sindromi definite secondo il DSM potrebbe non esser mai in grado di scoprire le loro eziologie sottostanti. Perché ciò avvenga potrebbe esser necessario un ancora ignoto cambiamento di paradigma.⁷

Insomma, se la narrazione introdotta dal DSM-III era “con i criteri diagnostici operativi abbiamo già dimostrato che migliora l'*affidabilità* delle diagnosi, e vedrete che applicandoli con rigore otterrete la loro *validità*” (ovvero, scoprirete l'eziopatogenesi dei disturbi mentali, e in questo modo le diagnosi oggi basate sulla descrizione fenomenica saranno validate dalla loro correlazione univoca con i fattori neurobiologici che le causano); se questa era la narrazione, oggi è diffusamente riconosciuto che ciò non è avvenuto, e i più sono scettici che possa mai avvenire. Siamo, insomma, nel bel mezzo di una crisi scientifica del paradigma dominante, non più ritenuto valido ma non ancora soppiantato da un qualche possibile paradigma “rivoluzionario”.

*La crisi della nosografia psichiatrica come crisi paradigmatica
in attesa di una rivoluzione scientifica*

Tutto sommato si potrebbe riformulare il discorso precedente più o meno così: “Va bene, il DSM è in crisi perché non è stato in grado di far fare progressi nella ricerca delle cause neurobiologiche dei disturbi mentali. Però gli stessi autori del DSM hanno sempre detto che le diagnosi che proponevano erano provvisorie, per facilitare la comunicazione, e che sarebbero cambiate man mano che emergevano i dati della ricerca. Dunque il problema è che le diagnosi proposte non erano una buona base di partenza, bisogna riformularle in modo più appropriato, e cosa meglio dei dati della ricerca ci può dire come dobbiamo modificarle?”. In questo senso, proposte di “iterazione epistemica” *à la* Kendler⁸ suggeriscono che non sia necessario cambiare tutto, ma solo modificare progressivamente i criteri man mano che si accumulano i dati della ricerca. Dall'altro lato, di proposte “rivoluzionarie” ne fioriscono quotidianamente, per poi appassire rapidamente, e ciò denota più fenomeni di moda che non cambiamenti destinati a durare. È inevitabile che ciò contribuisca ulteriormente a rafforzare l'idea che la crisi non sia dovuta a problemi di base, ma solo al mancato accordo tra modelli e dati, che si risolve modificando progressivamente il modello per accordarlo ai dati. Dunque, i dati di ricerca dovrebbero essere epistemicamente più importanti, e i modelli diagnostici dovrebbero basarsi su di essi (che

poi è l'opzione già scelta dal DSM-IV quando ha deciso di dare la preminenza alle "evidenze" scientifiche). Potremmo riassumere il tutto più o meno così: "gli attuali problemi della psichiatria si risolvono raccogliendo più dati, incrementando le evidenze su cui fondare la classificazione psichiatrica e le scelte terapeutiche".

Il problema è che tutto ciò oscura il punto fondamentale, e cioè che l'attuale crisi del DSM non è dovuta alla scarsità di dati (che anzi se c'è un merito da riconoscere alla psichiatria americana è proprio quello di aver stimolato la raccolta sistematica di dati di ricerca), quanto alle scelte *teoriche* che sottendono l'organizzazione strutturale dell'*ateoretico* DSM.⁹ Ovvero, si sta finalmente diffondendo la consapevolezza che problemi apparentemente "empirici" come l'eterogeneità interna dei disturbi mentali, gli altissimi livelli di *comorbidity* tra disturbi, la scarsa specificità delle diagnosi rispetto alla prognosi e alle scelte terapeutiche, *etc.*, non siano dovuti *simpliciter* a come è fatta la natura, ma piuttosto siano un "effetto collaterale" di precise scelte teoriche operate da chi ha redatto i DSM. Giusto per fare un esempio, in tutte le ricerche effettuate la *comorbidity* (ovvero la compresenza di due o più disturbi mentali nello stesso momento nella stessa persona) risulta eccessivamente alta, molto più alta di quanto ci si potesse aspettare calcolando la probabilità casuale di coesistenza. Se ne può quindi concludere che i nostri pazienti sono particolarmente sfortunati? Che non gli bastava avere un disturbo mentale, e che la natura si accanisce su di loro dandogliene in media tre? Chi scrive ha suggerito che l'aumento spropositato del fenomeno della *comorbidity* sia stato causato da precise scelte del DSM: politica di "spezzettamento" di diagnosi ampie in entità più piccole, scarsa determinazione fenomenica dei sintomi, politeticità dei criteri diagnostici, scelta aprioristica di separare ansia e umore in capitoli differenti,¹⁰ abolizione di regole di esclusione gerarchica tra disturbi. Tutte decisioni teoriche, da cui sono conseguiti effetti nel rilevamento dei dati epidemiologici. Dunque, un dato apparentemente empirico (il tasso di *comorbidity* tra disturbi) indotto da precise scelte teoriche che stanno a monte, nel modo di organizzare il sistema diagnostico su cui la raccolta dei dati empirici si è poi basata. Si ritiene che il modo migliore di cogliere questo fenomeno sia quello di leggerlo come una *anomalia* in senso kuhniiano, cioè come una ricaduta sul piano empirico di proble-

mi fondamentali che stanno a monte, nel modo in cui è impostato il “paradigma” DSM. Ed è su questa base che si chiarisce meglio in che senso l’attuale sistema è in crisi, quali siano i punti fondamentali che non vanno e che producono le anomalie empiriche visibili in superficie. Ed è sempre su questa base che diventa possibile leggere il dibattito sui sistemi alternativi, sui possibili sistemi “rivoluzionari”. Questi, infatti, possono essere valutati già *a priori*, in base alle loro caratteristiche strutturali, consentendoci di prevedere se e come saranno in grado di risolvere le attuali anomalie. Così, a esempio, si può già prevedere che l’applicazione di un modello di spettro¹¹ riduca i tassi di *comorbidity* ma aumenti il livello di eterogeneità interna della diagnosi; che la diagnosi dimensionale¹² risolva alla radice il problema della *comorbidity* rendendo il concetto non più applicabile, ma non risolva il problema dell’eterogeneità, che si sposterebbe dalla categoria diagnostica alla dimensione; che la diagnosi eziopatogenetica¹³ migliorerebbe sia la *comorbidity* (resterebbero quella dovuta a una comune eziopatogenesi e quella casuale, come in medicina interna, mentre scomparirebbe quel surplus “artefatto” dato dalle decisioni diagnostiche sopradescritte) sia l’eterogeneità (la presenza di sintomi eterogenei non sarebbe più un problema perché l’omogeneità sarebbe garantita dalla comune eziopatogenesi), ma si scontra con la nostra attuale (e forse costitutiva) ignoranza dei fattori eziopatogenetici responsabili degli odierni disturbi mentali. Insomma, per ogni proposta alternativa ci sono *pro* e *contra* valutabili in sede epistemologica, e anche dopo l’uscita del DSM-V appare ancora attuale l’affermazione secondo cui il DSM è un re ormai «nudo, ma per ora i movimenti rivoluzionari sono stati respinti».¹⁴

Le radici epistemologiche della crisi del DSM

Nel paragrafo precedente si è spostata l’attenzione dai dati empirici che non tornano alle ragioni epistemologiche di ciò. Si è così visto che il problema non è primariamente empirico, ma bensì conseguente a problematiche teoriche insite nel nucleo stesso del DSM, le quali rendono ragione dell’attuale crisi. Adesso occorre far scendere l’analisi più nel dettaglio, andando a esplorare quali siano le radici

epistemologiche che sottendono le scelte teoriche discusse nel precedente paragrafo. Ovvero, su quali basi gli autori del DSM hanno operato quelle scelte che hanno portato a quelle conseguenze? Dobbiamo cioè arrivare al cuore del sistema, mettendo a nudo gli assunti filosofici di base. Sembra utile concentrare l'attenzione su due punti fondamentali, la prospettiva neo-kraepeliniana, che il DSM-III ha introdotto nella classificazione psichiatrica americana prendendola dalla scuola di Saint Louis, e l'impostazione di tipo neopositivista.

Emil Kraepelin, i neo-kraepeliniani e i DSM

È noto che il DSM-III è impostato secondo un approccio di tipo neo-kraepeliniano, cioè secondo una prospettiva che vede la psichiatria come una disciplina scientifica che fa parte della medicina, con l'idea generale che lo psichiatra nel fare diagnosi identifica una vera e propria malattia. In altre parole, i disturbi mentali sarebbero enti di natura provvisoriamente enucleati in base al quadro clinico e al decorso (piano fenomenico), ma di cui si confida di trovare presto le cause che li provocano e le terapie specifiche. Nell'originaria proposta di criteri diagnostici per la ricerca avanzata da Feighner e collaboratori,¹⁵ i disturbi mentali andavano enucleati in base a cinque fasi che dovevano convergere: descrizione clinica, analisi di laboratorio, diagnosi differenziale, *follow-up*, e familiarità. Nella ricostruzione che ne fanno Compton e Guze,¹⁶ il neo-kraepeliniano DSM-III sarebbe molto vicino all'approccio di Kraepelin per ciò che riguarda lo "stile diagnostico", in particolare per l'utilizzo in entrambi di chiare descrizioni dei sintomi (sia psicotici che corporei), delle caratteristiche associate, dell'età di esordio, del decorso, dell'esito, *etc.* Al contrario, per questi autori le prime due edizioni del DSM sarebbero caratterizzate da un approccio vago su questi temi. In sintesi, dunque, la ricostruzione ufficiale (messa in giro dai neo-kraepeliniani) è che con il DSM-III si fosse tornati alla precisione descrittiva e terminologica di Kraepelin, soppiantando le vaghe e imprecise definizioni dei DSM precedenti. Ciò appare senz'altro come una forzatura, il cui fine era con tutta probabilità quello di garantire un padre nobile (Emil Kraepelin) al neo-kraepeliniano DSM-III. Se invece si confrontano con più attenzione Kraepelin e i DSM si scopre

che: *a*) l'elenco dei disturbi mentali nei DSM I e II è più simile all'elenco delle malattie mentali riportate nel trattato di psichiatria di Kraepelin di quanto non sia per il DSM-III e successivi. Ciò anche e soprattutto per il più ampio spazio che Kraepelin e i primi DSM dedicano alle sindromi mentali organiche (che invece i DSM più recenti accorpano in raggruppamenti più generali); *b*) il DSM-II è modellato sull'ICD-8, il quale rappresentava il punto di vista europeo, e quindi come quest'ultimo è anch'esso il frutto di una tradizione psicopatologica decisamente kraepeliniana. Al contrario, il DSM-III ha rappresentato una rottura netta e consapevole rispetto a quella tradizione.

Inoltre, va aggiunto che la maggior precisione nella descrizione dei sintomi è ben poca cosa se, come ripetutamente sottolineato dagli psicopatologi europei, il DSM-III ha in realtà perso molta di quella precisione e di quel rigore descrittivi quando ha scelto di rinunciare alle sottili distinzioni qualitative della psicopatologia europea, favorendo descrizioni il più possibile vicine al senso comune (in modo che fosse più facile la comunicazione tra operatori). È questo quel problema del DSM-III che altrove si è definito di «scarsa determinazione fenomenica»,¹⁷ e che rende incommensurabili la descrizione dei sintomi in Kraepelin e nei DSM.

Eppure, nonostante ciò, c'è una linea di continuità che lega Kraepelin ai neo-kraepeliniani, e questi al DSM-III e alle successive edizioni. È sostanzialmente l'idea kraepeliniana delle *Unità Morbose*, cioè l'idea che l'analisi fenomenica possa enucleare degli enti di natura di cui in futuro si potranno scoprire le cause neurocerebrali. Anche se il DSM-V non sostiene più l'idea di Spitzer che disturbi con alta *reliability* siano buoni candidati per la ricerca dei fattori eziopatogenetici responsabili, tuttavia la credenza di fondo è sostanzialmente mantenuta: i criteri diagnostici «hanno lo scopo di mettere insieme sindromi caratteristiche di segni e sintomi che indicano un sottostante disturbo con una storia di sviluppo caratteristico, fattori di rischio biologici e ambientali, correlati neuropsicologici e fisiologici, e un decorso clinico tipico».¹⁸ Insomma, se non nei dettagli, i DSM sono senz'altro kraepeliniani nel nucleo concettuale fondamentale: *i disturbi mentali sono unità morbose in senso kraepeliniano*; rivedute, corrette, forzate, stravolte e/o deformate quanto ci pare, le categorie diagnostiche del DSM-V conservano ancora oggi questo assunto di base.

Da questo assunto derivano diverse conseguenze che hanno a che fare con la presente crisi. A esempio, in questo modo di vedere i disturbi mentali dovrebbero essere tra loro indipendenti, come lo sono malattie mediche a eziopatogenesi differente, e tra loro i confini dovrebbero essere netti e senza sovrapposizioni. Se quindi si “scopre” che i confini tendono a sovrapporsi in innumerevoli casi misti, e che disturbi diversi tendono a coesistere nello stesso paziente con una frequenza infinitamente superiore a quanto atteso se la cosa fosse casuale, allora ecco che queste “evidenze” mettono il sistema in crisi. Oppure, in questo modo di vedere gli enti di natura così enucleati dovrebbero essere omogenei, rappresentando vere e proprie malattie (per quanto a eziopatogenesi ancora da scoprire); in altre parole, i pazienti con la stessa diagnosi dovrebbero avere non solo sintomi simili, ma anche simili fattori di rischio, simili modalità di esordio, simile decorso, simile prognosi, simili disfunzioni neurocognitive, simile risposta alla stessa terapia. Di nuovo, basta dare uno sguardo allo sconcertante (almeno per un kraepeliniano) panorama illustrato dalla succitata Agenda per il DSM-V,¹⁹ per rendersi conto che la crisi che oggi pervade la psichiatria sia tale proprio perché il sistema che la produce e che la registra è un sistema kraepeliniano.

Il DSM-III come sistema neopositivista

Abbiamo visto che l'attuale DSM è un sistema neo-kraepeliniano perché si basa sullo stesso assunto di Kraepelin, ovvero che le malattie mentali sono enti di natura la cui rigorosa e affidabile definizione fenomenica debba guidare la ricerca verso la scoperta delle cause sottostanti che le determinano. Ma perché questa credenza, che ha resistito ottimamente al tempo, è entrata in crisi proprio ora? Per comprenderlo occorre introdurre adesso il vero elemento di novità del DSM-III, che non è tanto l'approccio kraepeliniano (si è visto che, a modo loro, kraepeliniani erano anche i DSM I e II), quanto l'introduzione nel processo diagnostico dei cosiddetti “criteri diagnostici operativi”.²⁰ Si è già detto che si tratta di una serie di criteri *espliciti*, con il valutatore che deve verificare se siano effettivamente presenti o meno. La loro forma usuale è del tipo: “Perché il criterio A sia soddisfatto occorre che sia-

no presenti x dei seguenti y sintomi”, oppure “Perché il criterio B sia soddisfatto occorre che i sintomi del criterio A siano presenti da almeno x mesi”, *etc.* All'apparenza è solo un modo molto pratico di definire in modo univoco il concetto di cui si sta trattando. Un qualcosa di pragmatico, che non ha nulla a che fare con filosofie e altre divagazioni teoretiche. Ma poiché non esiste idea che non convogli una visione del mondo, non possiamo non chiederci che tipo di filosofia sia sottesa e surrettiziamente introdotta da questo approccio così “pragmatico” e “ateoretico”. La letteratura su questo concorda nell'indicare non già nell'operativismo del fisico Bridgman, quanto nel positivismo logico, la radice filosofica dei criteri diagnostici operativi del DSM-III (ed edizioni successive). La questione è stata affrontata sotto vari punti di vista (tra cui l'importante confronto tra il DSM-III e le teorie di Hempel, effettuato da Schwartz e Wiggins).²¹ Qui è utile concentrarsi su un punto determinato: la relazione tra la struttura dei sistemi scientifici nel neopositivismo da un lato, e la struttura dei criteri diagnostici operativi nel DSM-III e successive edizioni dall'altro. Cos'hanno in comune? Qual è la credenza su cui entrambi i sistemi poggiano? E, soprattutto, è una credenza giustificata?

Un confronto di questo tipo ha evidenziato²² che il DSM è *de facto* un sistema neopositivista perché: *a*) distingue in modo netto tra ciò che è scientifico e ciò che non lo è; *b*) considera come non scientifico, da eliminare dal manuale, ogni concetto che sia non verificabile (come a esempio il concetto di conflitto che caratterizzava le nevrosi d'ansia nel DSM-II); *c*) ritiene che i concetti teorici non direttamente osservabili siano scientifici solo a patto di basarsi su dati osservabili scientificamente; *d*) considera il piano dei sintomi come un piano osservativo, di cui si può dare descrizione diretta; *e*) introduce i criteri diagnostici operativi come neopositiviste “regole di corrispondenza” che servono a connettere il piano descrittivo dei sintomi con quello più teorico delle diagnosi; *f*) considera le diagnosi come costrutti scientifici proprio in quanto ancorate al piano osservativo (i sintomi) attraverso i suddetti criteri operativi. La credenza di base condivisa è che esista un piano osservativo su cui fondare induttivamente i concetti non direttamente osservabili. In altre parole, la credenza è che la natura si dia all'osservazione così com'essa è, e che sia sufficiente descrivere obiettivamente in modo rigoroso ciò che si osserva

direttamente, nel corso dell'esperimento e/o dell'osservazione naturalistica. Ora, è proprio questa credenza di fondo che è stata messa in crisi dall'epistemologia della seconda metà del Novecento, quando un'analisi storica dei processi di conoscenza scientifica ha consentito di affermare il principio della teoreticità delle osservazioni, ovvero che le osservazioni sono sempre effettuate a partire da un punto di vista teorico che decide cosa conti come osservazione, come vada effettuata e che tipo di risultato sia ammissibile in quel contesto.²³ È interessante notare che lo stesso Hempel, alle cui idee si fa comunemente risalire l'impostazione neopositivista del DSM, all'epoca della pubblicazione del DSM-III aveva già rivisto il suo punto di vista su ciò, suggerendo che la definizione dei termini scientifici attraverso condizioni necessarie e sufficienti (come sarebbero stati i criteri diagnostici del DSM-III) non fosse né adeguata né necessaria per ottenere una buona affidabilità diagnostica. Nel suo nuovo modo di vedere, significativamente influenzato da Quine, il sistema interpretativo scientifico è infatti più globale e si applica al sistema teorico nel suo insieme.²⁴

Nelle conclusioni si ritornerà sulla teoreticità implicita nell'osservare i sintomi mentali. Ora è necessario mettere tra parentesi queste critiche epistemologiche per chiedersi se e come l'impostazione neopositivista dei criteri diagnostici operativi dei DSM possa essere responsabile dell'attuale crisi. In modo estremamente sintetico il punto è questo. Il DSM-III si pone in continuità con la linea kraepeliniana per l'idea di enucleare fenomenicamente delle entità morbose che la ricerca dovrà validare scoprendone le basi neurobiologiche. Però in Kraepelin e nella tradizione psicopatologica europea ciò passava attraverso un'accurata analisi fenomenica delle caratteristiche qualitative di queste unità morbose, con un'attenzione senza pari alle sfumature e ai dettagli, che soli consentivano di differenziare qualitativamente fenomeni in apparenza molto simili. Già qui vi è una prima differenza, perché nel DSM i sintomi sono descritti in modo molto più generico, vicino al senso comune, e perdendo quelle sfumature sottili si finisce per accorpare sotto comuni definizioni (delirio, umore depresso, compulsioni, *etc.*) fenomeni che i vecchi clinici tenevano ben distinti (delirio vero *vs.* deliroide, tristezza vitale *vs.* reazione disforica, compulsioni *vs.* impulsi, *etc.*). A questo problema della già ricordata "scarsa determinazione fenomenica" si aggiunga che, mentre i vecchi clinici

differenziavano i fenomeni più rilevanti da quelli meno importanti ai fini diagnostici (i bleuleriani distinguendo tra sintomi fondamentali e accessori, altri ricercando i fenomeni essenziali), con i criteri diagnostici operativi tutti i sintomi stanno (usualmente) sullo stesso piano; ciò che conta non è più la loro importanza ma quanti sono (sostituzione delle gerarchie qualitative con enumerazioni quantitative). Infine, i criteri del DSM sono tipicamente politetici, ovvero per fare la diagnosi basta che vi sia un numero minimo dei sintomi elencati, basta cioè che sia superata la soglia diagnostica. Tutto ciò ha avuto vari effetti problematici, di cui qui basti citare il più ovvio: l'eterogeneità interna delle categorie diagnostiche. Detto in modo semplice, il fenomeno che si è venuto a creare è che a causa di determinate scelte di metodologia della classificazione, come quelle poc'anzi ricordate, si è ottenuto che due pazienti che ricevono la stessa diagnosi possano avere ben poco in comune. Uno può presentare solo i primi cinque sintomi della lista, mentre l'altro può presentare i sintomi dal sei al dieci. E quand'anche un sintomo fosse presente in entrambi, magari uno psicopatologo classico direbbe che quel sintomo è lo stesso solo in apparenza, perché a un'analisi qualitativa si evince che uno è un delirio mentre l'altro è un deliroide. Eterogeneità interna, spezzettamento diagnostico, eccessiva *comorbidity*, scarsa specificità prognostica e terapeutica, *etc.*, sono tutte problematiche connesse, per le cui relazioni si rimanda agli scritti sopracitati. Per quello che serve qui, il materiale è già sufficiente.

La questione adesso è: "Perché questi problemi metterebbero in crisi il sistema?". Infatti, da un punto di vista convenzionalista queste caratteristiche del sistema non sarebbero di per sé problematiche. Semplicemente, si potrebbe asserire che il sistema è fatto così e queste sono le sue proprietà e le sue prestazioni, facendo notare che con i criteri diagnostici operativi si ottengono delle buone prestazioni, a esempio sull'affidabilità diagnostica, ma che un prezzo da pagare è a esempio l'eterogeneità interna. Considerando che il sistema perfetto non esisterà mai, e che ogni classificazione avrà sempre inevitabilmente i suoi *pro* e *contra*, un convenzionalista non si sentirebbe necessariamente a disagio per come funziona il DSM. E quindi la nuova questione è: "Per chi invece queste caratteristiche sono inaccettabili?".

La risposta è che lo sono per il neo-kraepeliniano, ovvero per quel clinico che ritiene che il sistema debba individuare degli enti

di natura omogenei, distinti tra loro e sottesi ognuno da una propria eziopatogenesi neurobiologica. È principalmente chi si avvicina alla *malattia* mentale con questi presupposti che si sentirà a disagio per gli esiti a cui ha condotto l'applicazione sistematica del DSM, e allora non gli basterà consolarsi con i miglioramenti nell'affidabilità diagnostica o l'indiscusso contributo che il DSM ha dato alla comunicazione diagnostica a livello internazionale. Ma il punto è proprio qui, è che dietro l'ateoreticità e i fini espliciti di semplice ausilio per migliorare la comunicazione tra operatori, il DSM-III è nato per ridare credibilità scientifica alla psichiatria ancorandola alla medicina interna, proprio attraverso un approccio di tipo neo-kraepeliniano. E allora se ne può concludere che "Delle due principali teorie che sottendono l'"ateoretico" DSM, e cioè le idee di derivazione neopositivista su come operationalizzare i concetti scientifici e quelle neo-kraepeliniane sugli oggetti e finalità di una classificazione psichiatrica, la prima è responsabile dell'emergere di anomalie, mentre l'ultima sembra esser quella che entra in uno stato di crisi, in quanto queste anomalie confliggono con i suoi assunti di base".²⁵

Conclusioni: uno sguardo al futuro

Si è argomentato che l'attuale sistema di classificazione psichiatrica è in crisi, e riflettendo sulle ragioni della crisi si è concluso che l'approccio neopositivista, introdotto dal DSM-III con i criteri diagnostici operativi, ne è il principale responsabile. Si è infine visto che questa situazione è di crisi perché le anomalie prodotte dal sistema confliggono con gli assunti neo-kraepeliniani che lo sottendono. A questo punto un rapido sguardo a ciò che possiamo aspettarci nell'immediato futuro.

Una possibile risposta a questo stato di cose sarebbe quella di rivoluzionare completamente il sistema, passando dall'attuale sistema categoriale a un sistema dimensionale. Per quanto ciò abbia attratto nel recente passato l'interesse di numerosi nosografi, oggi si può dire che questo tipo di "cambiamento di paradigma" non è più all'ordine del giorno.²⁶ Il DSM-V ha introdotto al suo interno degli elementi dimensionali, ma questi fungono da complemento alla valutazione categoriale più che tendere a soppiantarla, per cui pur con indubbe in-

novazioni, l'impianto generale del DSM-V resta sostanzialmente quello categoriale e neo-kraepeliniano dei DSM che lo hanno preceduto.

Un'altra possibile risposta sarebbe esplicitamente conservatrice. Si tratterebbe di dire che non è l'ideale kraepeliniano in sé che è sbagliato, ma la sua applicazione particolare così come è stata effettuata dal DSM. Questa possibilità accomuna le già citate proposte di "iterazione epistemica" à la Kendler,²⁷ le autocritiche neo-kraepeliniane,²⁸ e ovviamente molti psicopatologi europei. L'idea sarebbe quella di raddrizzare le storture introdotte dal DSM-III reintroducendo le accurate distinzioni qualitative tra fenomeni psicopatologici, distinzioni che, come visto, Spitzer e collaboratori si erano premurati di eliminare in quanto poco affidabili e poco condivisibili da tutti gli operatori. Insomma, l'idea è quella di un ritorno alla saggezza della psicopatologia classica, al fine di identificare al meglio a livello fenomenico le sindromi psicopatologiche (in base alle loro caratteristiche qualitativamente essenziali, senza farsi distrarre da fenomeni vaghi e inessenziali). È una prospettiva alla quale ha creduto molto anche chi scrive, influenzato dalla psicopatologia di Heidelberg.²⁹ E tuttavia non si può non analizzare criticamente questa proposta, mettendo in luce che alla sua base vi è una visione filosofica che resta realista e kraepeliniana. Il problema è che in tanti anni di psicopatologia europea non si è riusciti a enucleare nessuna *reale* unità morbosa,³⁰ mentre a chiunque voglia ripercorrere l'evoluzione storica delle categorie diagnostiche apparirà del tutto palese che questi concetti evolvono in relazione a una complessa trama di fattori trasformativi di cui solo alcuni sono strettamente determinati dai dati della ricerca empirica. Insomma, non è detto che in futuro qualche quadro clinico non potrà essere individuato nella sua unitarietà come vera e propria malattia neurobiologica, però appare molto improbabile che ciò possa valere in generale per l'intero sistema nosografico, per quanto lo si voglia raffinare con attente analisi fenomeniche.

Soprattutto, un approccio di questo tipo condivide con l'approccio del DSM proprio il suo punto più debole, ovvero la già citata idea di fondo secondo la quale il piano fenomenico, quello dei sintomi, si dia direttamente all'analisi fenomenica (ovvero alla osservazione e descrizione). Con un approccio "fenomenologico" come quello della psicopatologia clinica classica, il fenomeno verrebbe osservato mettendo

tra parentesi le teorie, al fine di coglierlo così come esso si dà nella sua essenza. Ebbene, per quanto affascinante, tutto ciò non considera: *a*) la succitata critica epistemologica, che sostiene che neanche in fisica esistano osservazioni dei fenomeni in sé e per sé, indipendentemente dal nostro punto di vista conoscitivo (teoreticità delle osservazioni); *b*) l'evoluzione nel tempo della nostra definizione dei fenomeni, che contrasta apertamente con l'idea che i fenomeni psicopatologici siano enti stabili nel tempo, oggetti che si danno *sub specie aeternitatis*; e *c*) la circolarità nel rapporto tra sintomi e diagnosi, per cui non si danno mai fenomeni in sé ma sempre fenomeni all'interno di un quadro generale, letti come parti del tutto e a loro volta costituenti, in quanto parti, del tutto stesso. Quest'ultimo punto ci introduce alla vecchia ma troppo spesso dimenticata nozione di circolo ermeneutico, che Jaspers aveva spezzato solo per fini espositivi (mantenendola però nella sua operatività concettuale), e che invece il DSM-III ha rotto definitivamente quando ha preteso che il piano dei sintomi potesse essere quel piano puramente osservativo su cui edificare, tramite i criteri operativi, le sue categorie diagnostiche di stampo neopositivista. E dunque ecco un primo esito di rilievo della nostra analisi, e cioè che la crisi degli attuali sistemi diagnostici ripropone un tema che appare di nuovo centrale nella riflessione psichiatrica, ovvero la costruzione dei fenomeni psicopatologici. In quest'ambito la storia della psichiatria può aiutarci a rintracciare le ragioni che portarono alla loro costruzione e alle successive modifiche, e l'ermeneutica ci può aiutare a deciptarne il senso e la portata. In quest'ambito un contributo molto recente ma di estremo interesse appare quello della scuola di Cambridge, per la quale i sintomi mentali emergono da una co-costruzione di significato operata insieme dal paziente e dal suo clinico.³¹

L'ultima parte riguarda non tanto ciò che dovrebbe succedere, ma ciò che più probabilmente succederà nel prossimo futuro della nosografia psichiatrica. Se infatti la nostra analisi ha individuato come punto centrale di un auspicato dibattito sulla futura nosologia psichiatrica quello dell'ermeneutica, ciò non implica che questa sia anche la direzione verso la quale nei prossimi anni si muoverà il pensiero psichiatrico dominante. Anzi, vari fattori di peso (tra cui l'impegnante *spirito del tempo* neuroscientifico e, cosa non trascurabile, i nuovi criteri di distribuzione dei fondi per la ricerca psichiatrica america-

na) convergono verso un esito diverso. Con ogni probabilità la ricerca dei prossimi anni si impegnerà nel programma del cosiddetto progetto RDOC (Research Domain Criteria), lanciato negli Stati Uniti dal National Institute of Mental Health.³² Si tratta di impostare la ricerca sulla diagnosi non più partendo dall'analisi fenomenica, bensì partendo da disfunzioni cognitive di base (i domini cognitivi), delle quali individuare progressivamente e sistematicamente tutti i correlati, inclusi i sintomi che tali disfunzioni producono. Vi sono cioè cinque domini di base (denominati sistemi a valenza negativa, a valenza positiva, cognitivi, per i processi sociali, e di attivazione/regolazione), che i ricercatori dovranno studiare a vari livelli (geni, molecole, cellule, circuiti, fisiologia, comportamento, autodescrizioni) in modo transnosografico (cioè indipendentemente da quale sia il disturbo del DSM-V in cui si riscontrano). La speranza è che così facendo si possano accumulare sufficienti dati per arrivare a definire le sindromi psichiatriche in base alla fisiopatologia anziché in base alla fenomenica. Al di là dei possibili frutti che questo approccio potrà dare nel corso delle future ricerche, qui è importante sottolineare che questo approccio condivide con i DSM l'idea di fondo che la sofferenza mentale sia una questione neurobiologica (anzi, accentua e rafforza questo punto che nei DSM rimaneva implicito). Però mentre per Kraepelin e i neo-kraepeliniani (DSM-III e successivi inclusi) la scoperta dell'eziopatogenesi neurobiologica era il fine ultimo a cui tendere partendo dall'osservazione fenomenica (dai fenomeni, *all'indietro*, verso la causa sottostante), nel progetto RDOC la direzione è all'inverso, dalla neurobiologia *in avanti* verso l'espressione fenomenica.³³ Tutto ciò lascia aperte alcune questioni di non poco conto, tra le quali: "Cosa si considera essere disfunzione neurocognitiva?", "Come si individua una disfunzione neurocognitiva?", "Sono puro oggetto di osservazione scientifica o portano in seno un giudizio di valore?", "Così come abbiamo evidenziato una costruzione ed ermeneutica dei fenomeni psicopatologici, ci sono anche una costruzione e un'ermeneutica delle disfunzioni neurocognitive?". E ancora: "Perché queste elencate e non altre?", "Sono tra di loro indipendenti?", "Sono localizzate o distribuite?", *etc.* Tutte questioni aperte sulle quali inevitabilmente ritorneranno la riflessione e la critica filosofica, man mano che dalle enunciazioni di principio i ricercatori passeranno alla ricerca sul campo. Per ora è presto

per sapere se sarà una svolta epocale o solo la riproposizione in chiave moderna di quelle “mitologie del cervello” sulle quali Janet prima e Jaspers successivamente avevano indirizzato la loro critica metodologica. Ciò che invece è già evidente è che questo approccio avanzerà con la forza dei finanziamenti alla ricerca e con la grancassa della retorica scienziata, rischiando così di schiacciare sul nascere quel barlume di consapevolezza critica che la crisi del DSM aveva fatto rinascere. Agli psicopatologi europei il compito di non farla morire, ma anzi di ampliare e tramandare il dibattito sull'importanza, per la psichiatria, della coscienza storica, dell'analisi critica e dell'ermeneutica.

Note

- ¹ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*, American Psychiatric Association, Washington DC 1980.
- ² L'idea che il DSM-III abbia costituito la nascita di un paradigma scientifico in senso kuhniano è al centro del mio lavoro epistemologico di analisi critica della nosografia psichiatrica. In questa sede ci si limiterà a riportarne i punti essenziali laddove utili per la presente discussione. Per un approfondimento dei vari aspetti di questa tematica cfr. M. Aragona, *Aspettando la rivoluzione. Oltre il DSM-V: le nuove idee sulla diagnosi tra filosofia della scienza e psicopatologia*, Editori Riuniti, Roma 2006; cfr. M. Aragona, “The concept of mental disorder and the DSM-V”, in «Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences», 2, 2009, pp. 1-14 (<http://www.crossingdialogues.com/Ms-A08-02.pdf>); cfr. M. Aragona, *Il mito dei fatti. Una introduzione alla filosofia della psicopatologia*, Crossing Dialogues, Roma 2009.
- ³ L'affidabilità diagnostica si riferisce alla possibilità di avere concetti diagnostici univoci, di modo che due valutatori che ascoltano lo stesso colloquio clinico possano fare a quel paziente la stessa diagnosi. È quindi usualmente misurata ed espressa come grado di concordanza, nel giudizio diagnostico, tra osservatori indipendenti.
- ⁴ Cfr. G.L. Klerman, G.E. Vaillant, R.L. Spitzer, R. Michels, “A debate on DSM-III”, in «American Journal of Psychiatry», 141, 1984, pp. 539-553.
- ⁵ Ivi, p. 547.
- ⁶ D.J. Kupfer, M.B. First, D.A. Regier, Introduction, in D.J. Kupfer, M.B. First, D.A. Regier, (a cura di), *A Research Agenda for DSM-V*, American Psychiatric Association, Washington, DC 2002, p. XVIII.

- 7 Ivi, p. XIX.
- 8 Cfr. K.S. Kendler, “An historical framework for psychiatric nosology”, in «Psychological Medicine», 39, 2009, pp. 1935-1941.
- 9 Il DSM-V non si definisce più ateoretico, ma, come sostenuto di recente, la sua organizzazione strutturale resta in gran parte in continuità con i DSM che lo hanno preceduto. Su questi aspetti cfr. M. Aragona, “Il DSM-V: un ‘ponte’ che reggerà?”, in «Psychomedia Telematic Review», 2013, <http://www.psychomedia.it/pm/modpsy/psydiag/aragona.htm>.
- 10 L’aver portato l’attenzione sull’effetto di questa scelta è un contributo di M. Maj, “‘Psychiatric comorbidity’: an artefact of current diagnostic systems?”, in «British Journal of Psychiatry», 186, 2005, pp. 182-184.
- 11 L’accorpamento di più disturbi in categorie più ampie in base a somiglianze fenomeniche, ma di cui si suppone una comune radice eziopatogenetica (a esempio, il DSM-V introduce lo spettro autistico e inizia a fare passi in direzione di uno spettro schizofrenico): American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, American Psychiatric Association, Washington, DC 2013.
- 12 Consiste nel misurare ogni soggetto in base ad alcune dimensioni fondamentali quantificabili, per cui unendo tra loro i punteggi ottenuti a ogni dimensione emerge un profilo grafico che è specifico di quel dato paziente in quel dato momento.
- 13 Fare la diagnosi non in base al quadro sintomatologico (per poi cercare di risalire alle cause), ma partendo dalle cause e alterazioni fisiopatologiche che provocano il malessere.
- 14 Cfr. M. Aragona, *Aspettando la rivoluzione. Oltre il DSM-V: le nuove idee sulla diagnosi tra filosofia della scienza e psicopatologia*, cit., p. 181.
- 15 J.P. Feighner, E. Robins, S.B. Guze, R.A. Woodruff, G. Winokur, R. Munoz, “Diagnostic criteria for use in psychiatric research”, in «Archives of General Psychiatry», 26, 1972, pp. 57-63.
- 16 W.M. Compton, S.B. Guze, “The neo-Kraepelinian revolution in psychiatric diagnosis”, in «European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience», 245, 1995, pp. 196-201.
- 17 G.Vella, M. Aragona, *Metodologia della diagnosi in psicopatologia. Categorie e dimensioni*, Bollati Boringhieri, Torino 2000.
- 18 American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, cit., p.19.
- 19 D.J. Kupfer, M.B. First, D.A. Regier, Introduction, cit., p. XVIII.
- 20 Su questo cfr. in particolare: M. Aragona, “Rethinking received views on the history of psychiatric nosology: minor shifts, major continuities”, in P.

- Zachar, D.S. Stoyanov, M. Aragona, A. Jablensky (a cura di), *Alternative perspectives on psychiatric validation*, Oxford Un. Press, Oxford 2014.
- 21 M.A. Schwartz, O.P. Wiggins, "Logical empiricism and psychiatric classification", in «Comprehensive Psychiatry», 27, 1986, pp. 101-114.
- 22 Cfr. M. Aragona, "Neopositivism and the DSM psychiatric classification. An epistemological history. Part 1: Theoretical comparison", in «History of Psychiatry», 24, 2013, pp. 166-179.
- 23 Cfr. M. Aragona, *Il mito dei fatti. Una introduzione alla filosofia della psicopatologia*, cit.
- 24 C.G. Hempel, "The meaning of theoretical terms: a critique to the standard empiricist construal", in P. Suppes (a cura di), *Logic, Methodology and Philosophy of Science*, IV, vol. 74, North Holland Publishing Company, Amsterdam 1973, pp. 367-378; per un approfondimento di questo punto nel contesto più generale delle influenze effettive del neopositivismo sul DSM si veda anche: M. Aragona, "Neopositivism and the DSM psychiatric classification: an epistemological history. Part 2: Historical pathways, epistemological developments and present-day needs", in «History of Psychiatry», 24, 2013, pp. 415-426.
- 25 M. Aragona, "About and beyond comorbidity: does the crisis of the DSM bring on a radical rethinking of descriptive psychopathology?", in «Philosophy, Psychiatry e Psychology», 16, 2009, p. 32.
- 26 Cfr. M. Aragona, "Il DSM-V: un 'ponte' che reggerà?", cit.
- 27 K.S. Kendler, "An historical framework for psychiatric nosology", cit.
- 28 A esempio N.C. Andreasen, "DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences", in «Schizophrenia Bulletin», 33, 2007, pp. 108-112.
- 29 Cfr. G. Vella, M. Aragona, *Metodologia della diagnosi in psicopatologia. Categorie e dimensioni*, cit.
- 30 Nei rari casi in cui sono state trovate vere e proprie malattie (a es. la paralisi progressiva), la scoperta è avvenuta indipendentemente dal lavoro di determinazione della categoria diagnostica a livello fenomenico.
- 31 Cfr. G.E. Berrios, "Formation and meaning of mental symptoms: history and epistemology", in «Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences», 6, 2013, pp. 39-48.
- 32 T. Insel, B. Cuthbert, M. Garvey, R. Heinssen, D.S. Pine, K. Quinn, C. Sanislow, P. Wang, "Research Domain Criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders", in «American Journal of Psychiatry», 167, 2010, pp. 748-751.
- 33 Cfr. M. Aragona, "Rethinking received views on the history of psychiatric nosology: minor shifts, major continuities", cit.

