

Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione, *text revision*: tra tradizione e cambiamento. Analisi critica e implicazioni cliniche

Fabio Di Fabio,* Antonella Moschillo**

SOMMARIO. – Il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quinta edizione, *text revision* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; DSM-5-TR) rappresenta oggi un punto di riferimento centrale nella psichiatria contemporanea, non solo come manuale diagnostico, ma come dispositivo che struttura l'accesso alle cure, il linguaggio clinico e la comprensione dei pazienti. Questo articolo ne analizza criticamente le principali novità, evidenziando la continuità con le edizioni precedenti e le trasformazioni concettuali introdotte. Dalla storia del DSM emerge una tensione tra la ricerca di affidabilità diagnostica, la semplificazione dei sintomi osservabili e la complessità dell'esperienza soggettiva. Il DSM-5-TR introduce aggiornamenti significativi: l'inserimento del disturbo da lutto prolungato, la revisione del linguaggio relativo a razza e genere, l'ampliamento dei disturbi dell'umore non specificati, la ridefinizione della disabilità intellettiva e dei disturbi da sintomi neurologici funzionali, nonché la codifica autonoma di comportamenti suicidari e autolesivi. Tali modifiche riflettono un orientamento verso una psichiatria più sensibile ai contesti culturali e sociali, pur mantenendo la priorità sulla standardizzazione e la replicabilità diagnostica. Il manuale, pur non rivoluzionando il paradigma, calibra continuamente il confine tra normalità e patologia; nel testo viene analizzato con uno sguardo critico, evidenziandone limiti e potenzialità, e invitando a un uso riflessivo nella pratica clinica e nella cura del paziente.

Parole chiave: DSM-5, psichiatria, nosografia psichiatrica, diagnosi.

Premessa

Negli ultimi decenni il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) è diventato un riferimento quasi obbligato per la pratica cli-

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I, Roma; Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale, Sapienza Università di Roma, Italia.

E-mail: fabio.difabio@uniroma1.it

**ASL Roma 5, Tivoli (RM); Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Sapienza Università di Roma, Italia. E-mail: antonella.moschillo@uniroma1.it

nica, la ricerca e l'organizzazione dei servizi di salute mentale. Anche per chi opera in un orizzonte psicoanalitico, il DSM rappresenta oggi un interlocutore ineludibile: di fatto le sue categorie strutturano l'accesso alle cure, il linguaggio istituzionale e, sempre più spesso, il modo stesso in cui i pazienti arrivano a nominare la propria sofferenza aderisce alla nosografia ufficiale.

La pubblicazione del DSM-5-TR (APA, 2022) non costituisce una semplice revisione editoriale del manuale, ma un nuovo momento di assestamento di questo dispositivo di classificazione in un contesto clinico, culturale e scientifico profondamente mutato. Le modifiche introdotte, anche quando appaiono tecnicamente minori, riflettono orientamenti teorici, evoluzioni sociali e obiettivi istituzionali che incidono direttamente sul modo in cui il disagio psichico viene riconosciuto, definito e trattato.

Scopo di questo articolo è fornire una lettura critica e tecnicamente informata delle principali novità del DSM-5-TR, con particolare attenzione alle loro implicazioni cliniche ed epistemologiche. Tenteremo di comprendere che cosa cambia, come cambia e in quale direzione si sta muovendo oggi la nosografia psichiatrica. Per una comunità psicoanalitica, questo lavoro di chiarificazione è tanto più necessario in quanto il DSM, pur estraneo alla propria tradizione teorica, continua a esercitare un'influenza concreta sul campo clinico in cui essa opera, trascurando la quale si rischia di perdere una lente di lettura fondamentale sulle forme contemporanee della sofferenza e sui dispositivi che le organizzano.

Panorama storico del DSM

Nel dibattito sull'evoluzione moderna della soggettività e della patologia mentale, l'*American Psychiatric Association* (APA) ha svolto un ruolo centrale. Attraverso le diverse edizioni del DSM, l'APA non si è limitata a fornire un repertorio tecnico di diagnosi, ma ha contribuito a definire il modo stesso in cui la psichiatria ha pensato la sofferenza psichica, il suo statuto scientifico e la sua concezione implicita dell'essere umano. Il DSM ha funzionato, in questo senso, come una vera infrastruttura concettuale: una griglia che organizza ciò che viene riconosciuto come disturbo, ciò che rientra nella normalità e ciò che resta in una zona di ambiguità tra adattamento e patologia.

Fin dalle sue origini, il progetto del DSM è stato animato dall'aspirazione a rendere la sofferenza mentale oggetto di una conoscenza ordinata, standardizzata e cumulativa, sul modello delle altre discipline mediche. Questa aspirazione, tuttavia, non è mai stata neutra. Ogni classificazione implica scelte teoriche, antropologiche e normative che incidono profondamente sul modo in cui la malattia mentale viene descritta, trattata e, in ultima analisi, vissuta dai pazienti. In questo senso, il DSM va letto come un dispositivo

storico situato all'incrocio tra esigenze cliniche, modelli scientifici dominanti, interessi istituzionali e trasformazioni culturali.

La svolta decisiva avvenne nel 1980 con la pubblicazione del DSM-III (APA, 1980), che segnò una netta discontinuità rispetto alle edizioni precedenti. Come documentato da Hanna Decker in *The Making of DSM-III* (2013), questa edizione sancì l'abbandono dei grandi modelli psicodinamici e fenomenologici a favore di un'impostazione dichiaratamente descrittiva e "ateoretica". I disturbi mentali non venivano più definiti sulla base di ipotesi eziologiche o strutture psicopatologiche profonde, ma tramite insiemi di criteri osservabili e operazionalizzabili.

Questa riforma fu guidata soprattutto da Eli Robins e Robert L. Spitzer, esponenti della tradizione neo-kraepeliniana. Il loro progetto si fondava su tre pilastri. Il primo era l'esigenza di aumentare l'affidabilità diagnostica, emersa con forza dopo lo scandalo sollevato dallo *US-UK Diagnostic Project* (Kendell *et al.*, 1971), che aveva mostrato divergenze sistematiche tra psichiatri americani e britannici nella diagnosi degli stessi casi clinici. Il secondo pilastro fu l'introduzione di criteri operazionali basati su liste di sintomi, ispirate ai *Feighner Criteria* (Feighner *et al.*, 1972), e poi formalizzate nei *Research Diagnostic Criteria* (Spitzer *et al.*, 1978), con l'obiettivo di rendere le diagnosi replicabili e confrontabili. Il terzo fu il tentativo di superare il caos nosografico prodotto dalle diverse scuole teoriche, adottando un approccio dichiaratamente agnostico rispetto all'eziologia.

Questa impostazione trovò una formulazione esplicita nel lavoro di Woodruff, Goodwin e Guze, *La diagnosi psichiatrica* (Goodwin & Guze, 1979; Woodruff *et al.*, 1974), che sosteneva la necessità di sospendere ogni pretesa esplicativa in assenza di basi empiriche solide. Scrivevano, infatti, questi autori nella prefazione alla prima edizione:

"In questo libro vi sono poche spiegazioni. Questo perché, per la maggior parte delle condizioni psichiatriche, non esistono spiegazioni. 'Eziologia sconosciuta' è il marchio distintivo della psichiatria, così come la sua maledizione. Storicamente, una volta che l'eziologia è nota, una malattia smette di essere psichiatrica. [...] Le persone continuano naturalmente a speculare sull'eziologia, e ciò è positivo se produce ipotesi verificabili, e negativo se la speculazione viene scambiata per verità. In questo libro la speculazione è in gran parte evitata, poiché altrove è disponibile in abbondanza. [...] Un'ultima parola su questo approccio alla psichiatria. Talvolta viene definito 'biologico' [*organic*]. È un termine fuorviante. Un termine migliore, forse, è agnostico."

Il DSM-III tradusse questo progetto in un sistema di classificazione fondato su criteri espliciti, decorso clinico e prognosi. Ciò rese la psichiatria più compatibile con la ricerca epidemiologica e farmacologica, fornendo un linguaggio comune e favorendo la raccolta di dati su larga scala e l'integrazione nei sistemi sanitari.

Ma proprio questo successo introdusse una tensione di fondo. L'“ateoreticità” del DSM è solo apparente: decidere quali sintomi contano, come raggrupparli e dove fissare le soglie diagnostiche implica sempre una teoria implicita della mente e della devianza. Riducendo il disturbo a un insieme di criteri sintomatologici, il DSM ha privilegiato ciò che è misurabile e comparabile, lasciando in secondo piano la storia soggettiva, il contesto e la struttura complessiva dell'esperienza.

Le edizioni successive, dal DSM-IV (APA, 1994) al DSM-IV-TR (APA, 2000), hanno raffinato le descrizioni cliniche includendo dati su decorso, prevalenza e comorbidità, senza però modificare questo impianto. La classificazione è rimasta fondata su un nominalismo operativo: i disturbi sono definiti per consenso, non come entità dotate di una struttura propria. Come osservato da Steven Hyman, in un'illuminante *review* (Hyman, 2010), ciò ha favorito la reificazione delle diagnosi, trattate come se fossero oggetti naturali, con il rischio clinico di ridurre la singolarità dei pazienti alle categorie disponibili.

Nel tempo, a questo nominalismo si è aggiunta una crescente spinta verso la naturalizzazione neuroscientifica delle diagnosi. Un momento emblematico è l'editoriale di Thomas Insel, *Psychiatry as a Clinical Neuroscience Discipline*, pubblicato sul *Journal of the American Medical Association* (Insel & Quirion, 2005), che proponeva di concepire i disturbi mentali come disturbi cerebrali, ridefinendo di conseguenza la formazione e le scienze di base della psichiatria.

“In questo commento, sosteniamo che l'impatto della psichiatria sulla salute pubblica richiederà che i disturbi mentali siano compresi e trattati come disturbi cerebrali. [...] Se i disturbi mentali sono disturbi cerebrali, allora le scienze di base della psichiatria devono includere neuroscienze e genomica e la formazione degli psichiatri in futuro dovrà essere profondamente diversa da quella del passato.”

Con il DSM-5 (APA, 2013) e il DSM-5-TR (APA, 2022) queste tensioni sono diventate ancora più evidenti. Accanto ai tentativi di introdurre approcci dimensionali e transdiagnostici, si è assistito a un'ulteriore espansione del campo del patologico: dal lutto persistente all'aumento marcato delle diagnosi di autismo e *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD) in età evolutiva. Allen Frances, già responsabile del DSM-IV, ha interpretato questa deriva come una medicalizzazione crescente della vita quotidiana, a vantaggio soprattutto dell'industria farmaceutica: una dinamica che, come egli scrive in *Saving Normal* (Frances, 2013), rischia di trasformare la società in una comunità di pazienti cronici. Scrive Frances:

“La posta in gioco era troppo alta per far finta di niente – alta sia per i futuri ‘pazienti’ mal etichettati, sia per la società nel suo complesso. L'inflazione diagnostica aveva portato troppe persone a dipendere da antidepressivi, antipsico-

tici, ansiolitici, sonniferi, antidolorifici. Ci stiamo trasformando in una società di ingurgita-pillole.”

In questo quadro, il DSM-5-TR si presenta come una cristallizzazione recente di tensioni che attraversano da tempo la nosografia psichiatrica. Più che un semplice aggiornamento redazionale, esso rappresenta un punto di riorganizzazione di assetti concettuali, clinici e istituzionali già in atto. Per valutarne la portata è quindi necessario spostarsi dal livello delle critiche generali a quello delle sue scelte operative fatte di definizioni, criteri, specificatori, lessico.

È in questi dispositivi tecnici che l’impianto concettuale del DSM prende la sua forma operativa e produce i suoi effetti clinici. Ed è su questo livello che si colloca l’analisi del DSM-5-TR che segue.

Analisi critica e tecnica del DSM-5-TR

Alla luce di questo percorso storico e teorico, l’analisi delle modifiche introdotte nel DSM-5-TR acquista un significato che va oltre il semplice aggiornamento tecnico. Sebbene la maggior parte delle revisioni consista in interventi relativamente minori, correzioni di errori, chiarimenti terminologici o risoluzione di incongruenze tra criteri diagnostici, alcune modifiche sono sufficientemente rilevanti da incidere sulla pratica clinica e sull’assetto concettuale del manuale come già introdotto nelle righe fin qui anticipate (First *et al.*, 2022).

Una parte di questi cambiamenti riguarda la formulazione degli *specificatori*, spesso con una funzione prevalentemente chiarificatrice e senza implicazioni sostanziali per la filosofia complessiva del DSM; tali interventi non saranno qui presi in considerazione. Ci concentreremo invece su nove profili di cambiamento che, a nostro avviso, riflettono in modo più netto l’adattamento del manuale allo “spirito del tempo”. Per ciascun profilo è stato predisposto uno schema riassuntivo, seguito da un breve commento analitico. A questi farà infine seguito una discussione di sintesi, rivolta non soltanto alle revisioni più recenti, ma alla logica complessiva che governa l’intero impianto del DSM.

1. Modifiche generali di impostazione

Il DSM-5-TR introduce una nuova sezione intitolata *Introduzione e Uso del Manuale*, che stabilisce protocolli più rigorosi per l’applicazione dei criteri.

La modifica fondamentale risiede nel passaggio da un modello di revisione “discontinuo” (grandi edizioni ogni 15-20 anni) a un modello iterativo e continuo. L’APA ha istituito gruppi di lavoro permanenti per monitorare

la letteratura scientifica e proporre modifiche in tempo reale, che verranno pubblicate online prima di essere accorpate in future stampe. Questo trasforma il manuale da testo statico a dispositivo dinamico di “manutenzione epistemica”. In questo modo, l’APA rompe con la tradizione dei cambiamenti drastici tra edizioni (come avvenuto tra il DSM-III e il DSM-IV), preferendo una revisione “continua” più fluida e adattabile (First, 2016).

Questa nuova visione è emblematica del contesto in cui il manuale è stato pubblicato, ovvero quello di un mondo in rapida evoluzione, caratterizzato dall’accelerazione tecnologica e dalla crescente incertezza sociale. L’approccio “iterativo” implica che le categorie diagnostiche non siano più fissate in modo definitivo, ma possano essere rivedute e corrette con l’accumularsi di nuove evidenze. Si assiste, così, ad una psichiatria che si considera in continuo divenire, riflettendo la realtà di un mondo sempre più “liquido”, come descritto da Zygmunt Bauman (2000), dove le istituzioni e le verità si modellano sulle necessità immediatamente percepite.

2. *Il lutto prolungato*

Inserimento del “disturbo da lutto prolungato” (*prolonged grief disorder*; PGD) nella Sezione II (Diagnosi Ufficiali).

[Criterio Temporale: La morte deve essere avvenuta almeno 12 mesi prima per gli adulti e almeno 6 mesi prima per bambini e adolescenti.

Criteri Sintomatologici: Presenza di intensa nostalgia/desiderio del defunto o preoccupazione per i pensieri o per i ricordi della persona deceduta, accompagnati da almeno 3 di 8 sintomi (disgregazione dell’identità, incredulità, evitamento dei ricordi, dolore emotivo intenso, difficoltà di reinserimento, insensibilità emotiva, perdita di significato della vita, intensa solitudine) presenti quasi ogni giorno per almeno l’ultimo mese.

Esclusione: Il disturbo non deve essere meglio spiegato da depressione maggiore o disturbo da stress post-traumatico e deve eccedere chiaramente le norme culturali e religiose.]

L’introduzione del disturbo da lutto prolungato ha suscitato ampie riflessioni sociologiche e culturali, prima fra tutte quella operata da un gruppo di studiosi (Breen *et al.*, 2015) che attraverso un sondaggio internazionale effettuato online (in paesi solo occidentali) sugli atteggiamenti del pubblico ha rivelato che circa il 25% degli intervistati non condivideva la posizione secondo cui il lutto potesse essere considerato un disturbo mentale. Tale dato appare ancora più evidente nelle opinioni pubbliche di paesi non occidentali. Ad esempio, un analogo sondaggio effettuato in Cina (Tang *et al.*, 2020) ha rilevato che ben il 40% degli intervistati ritenevano il lutto non addebitabile in nessun caso a patologia mentale, ciò anche quando esso comportava la presenza di idee di suicidio.

Tuttavia il comitato del DSM alla fine ha votato per l'inserimento nel manuale del disturbo, forte delle analisi statistiche che dimostrano che il costrutto del disturbo da lutto prolungato contiene un alto livello di coerenza interna (*alpha* di Cronbach superiore a 0.80 in tutti i campioni esaminati) e che si tiene ben distinto statisticamente da altri disturbi con simile sintomatologia, come la depressione maggiore, il disturbo post-traumatico e l'ansia generalizzata (Prigerson *et al.*, 2021; Szuhany *et al.*, 2021). Tutto ciò ha permesso l'inserimento nel DSM di una categoria *ad hoc* per le complicità del lutto e di fatto ciò ha implicato la creazione di un confine clinico netto per un'esperienza che, storicamente, è stata trattata come un processo naturale ancorato alla cultura e alla religione. Di fatto la psichiatria contemporanea interviene per "normalizzare" il lutto, fissando dei limiti temporali oltre i quali il dolore non è più tollerato.

In un contesto sociale fortemente orientato alla performance e alla continuità funzionale, la sofferenza emotiva tende a essere concepita come uno stato che deve essere contenuto e risolto entro tempi prevedibili. La fissazione di una soglia temporale a dodici mesi per il lutto persistente introduce implicitamente un criterio di "durata appropriata" del dolore. Da una prospettiva fenomenologica, tuttavia, il lutto non si configura come una mera costellazione di sintomi, ma come una rottura dell'orizzonte di senso e della continuità dell'esperienza. In questo quadro, la sua codificazione diagnostica rischia di operare come un dispositivo di normalizzazione, che legittima il dolore solo nella misura in cui esso rientra entro parametri temporali e statistici socialmente accettabili.

3. La "decolonizzazione" della psichiatria

Il DSM-5-TR ha attuato una revisione testuale massiccia per eliminare il linguaggio discriminatorio.

[Il termine "razza" è stato rimosso laddove veniva usato come variabile biologica intrinseca, come ad esempio nella categoria: V62.4 (Z60.5) "Oggetto di (percepita) discriminazione o persecuzione", nella quale veniva utilizzato il termine "razza".

Il testo riconosce esplicitamente che le disparità nelle diagnosi sono spesso dovute a fattori esterni come il razzismo strutturale e le disuguaglianze socioeconomiche.

Il termine "minoranza" è stato ampiamente sostituito con descrizioni più specifiche (es. "gruppi etnorazziali") per evitare di implicare una gerarchia di importanza o potere. Sono state rimosse le generalizzazioni sulle differenze genetiche nella risposta ai farmaci psicotropi, ora attribuite a variazioni enzimatiche individuali e non ad appartenenze razziali.]

Questa revisione pone fine all'uso della "razza" come categoria biologica, riconoscendo che il razzismo strutturale è un fattore di stress collettivo.

Rappresenta un passo importante nella decostruzione di una psichiatria che ha storicamente contribuito a perpetuare disuguaglianze (Garb, 2021). Se la sovra-diagnosi di schizofrenia, di dipendenza da alcol, di disturbi di personalità, ecc., tra le persone di colore era una pratica documentata, il DSM-5-TR tenta di abbattere queste barriere.

Il cambiamento non riguarda solo la terminologia, ma implica una riflessione più ampia sulle implicazioni del razzismo sistemico. La sfida ora è quella di tradurre questi principi in pratiche cliniche che non considerino il soggetto come un individuo astratto, ma come un essere immerso in un contesto sociopolitico che ne determina la salute mentale. La sensazione è comunque che all'introduzione di una terminologia più adeguata, a livello politico e sociale, nelle società occidentali non stiano seguendo atteggiamenti altrettanto inclusivi ed egualitari.

4. *Genere e identità*

Le modifiche nel capitolo sulla “disforia di genere” sono radicali nel loro impatto semantico.

[“Genere esperito/espresso” (*experienced gender*) sostituisce “genere desiderato” (*desired gender*). Il termine “desiderio” suggeriva un capriccio o un’aspirazione non realizzata; “esperito/espresso” riconosce l’identità come un dato di fatto presente e ontologicamente valido.

Sesso assegnato alla nascita: il termine “nato” (es. “individuo nato maschio”/“individuo nato femmina”) scompare in favore di “assegnato alla nascita” (“*assigned at birth*”) al genere maschile/femminile. Questa modifica riconosce che il sesso è una categoria medica attribuita da osservatori esterni alla nascita, che può non coincidere con l’identità della persona.

Procedure di “affermazione di genere” sostituiscono i termini “riassegnazione” o “*cross-sex*”. “Affermazione” implica che l’intervento medico (ormonale o chirurgico) serve a validare e allineare il corpo a un’identità già esistente, anziché cambiarla.]

La “disforia di genere” era già una nuova classe diagnostica inserita nel DSM-5 (sostituiva il “disturbo dell’identità di genere” del DSM-IV) e rifletteva un cambiamento nella concettualizzazione delle caratteristiche che definivano il disturbo attraverso l’enfaticizzazione del fenomeno dell’“incongruenza di genere” anziché dell’identificazione col sesso opposto, come era il disturbo dell’identità di genere nel DSM-IV. Nell’esplicitazione dei criteri, “il sesso opposto” era stato sostituito da “il genere opposto” (o “un genere alternativo”) e veniva utilizzato sistematicamente il termine “genere” invece di “sesso” perché il concetto di “sesso” è stato ritenuto inadeguato quando ci si riferisce a individui con un disturbo dello sviluppo sessuale.

All’uscita del DSM-5, il dibattito è proseguito (Zucker, 2013) e nella

revisione del testo sono state apportate alcune modifiche che apparentemente riguardano solo la terminologia ma che invece risultano molto significative anche a livello filosofico. Ad esempio, il passaggio dal concetto di “desiderio” a quello di “esperito/espresso” (ma si badi bene, non si utilizza il termine più fenomenologicamente pregnante di “vissuto”) segna una discontinuità importante: non si tratta più di un’aspirazione irrealizzata, ma di un’esperienza che riguarda l’identità già presente del soggetto.

L’abbandono del termine “nato”, in favore di “assegnato alla nascita”, promuove una visione più fluida e meno binaria, riconoscendo l’autodeterminazione delle persone transgender. Queste modifiche riflettono un cambiamento profondo nel modo in cui la psichiatria si relaziona con le identità di genere, assumendo un ruolo di facilitatore dell’identità piuttosto che di giudice normativo. La terminologia diventa qui uno strumento di emancipazione e rispetto delle diversità.

5. Revisione dei disturbi dell’umore e nuove categorie operative

Il manuale chiarisce e amplia la diagnosi di “disturbo dell’umore non specificato”.

[Questa categoria viene utilizzata per descrivere quadri clinici caratterizzati da un umore misto che non soddisfa pienamente i criteri di durata o numero di sintomi per un episodio maniacale, ipomaniacale o depressivo maggiore. Ad esempio, una persona con sintomi depressivi persistenti che presenta improvvise accelerazioni del pensiero o irritabilità per soli due giorni (sotto la soglia dei quattro giorni richiesti per l’ipomania) può ora essere codificata con precisione, evitando la diagnosi errata di disturbo bipolare I o II.]

Tradizionalmente, la psichiatria ha distinto i disturbi dell’umore in categorie rigide. Tuttavia, molti pazienti presentano una sintomatologia “ibrida” che non rientra facilmente in questi binari. Il DSM-5-TR ha finalmente corretto un problema introdotto dal DSM-5: l’assenza di uno spazio diagnostico per quei pazienti che presentano un disturbo dell’umore, ma per i quali non è ancora (o non è mai) possibile stabilire se il quadro evolverà verso una forma bipolare oppure depressiva.

La categoria di disturbo dell’umore non specificato ripristina di fatto il concetto già presente nel DSM-IV sotto la denominazione di disturbo dell’umore non altrimenti specificato. Questa soluzione viene da sempre accolta con sollievo dai clinici, che la struttura dei capitoli del DSM-5 aveva spesso costretto a scelte premature e clinicamente poco chiare. L’aggiornamento è cruciale per evitare trattamenti farmacologici inappropriati, come l’uso eccessivo di stabilizzatori dell’umore o antipsicotici in casi che richiedono invece approcci più sfumati.

6. *Disturbo dello sviluppo intellettivo*

Il termine “disabilità intellettiva” viene ufficialmente sostituito da “disturbo dello sviluppo intellettivo” (*intellectual developmental disorder*). Sebbene il termine “disabilità intellettiva” rimanga tra parentesi per facilitare la transizione, la nuova dicitura si allinea perfettamente alla classificazione dell’*International Classification of Diseases - 11th Revision* (ICD-11) dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). La diagnosi non si basa più sul punteggio del test del QI, ma sul funzionamento adattivo del soggetto nei domini concettuali, sociali e pratici.

L’uso del termine “disturbo” al posto di “disabilità” (in questo specifico contesto evolutivo) enfatizza la necessità di supporto continuo durante le fasi dello sviluppo. Sottolinea che la condizione non è un deficit statico e immutabile, ma una modalità di funzionamento che richiede adattamenti ambientali.

Le correnti di pensiero che rivendicano la neurodiversità trovano nel DSM-5-TR un riscontro istituzionale. Le persone con disturbi dello sviluppo intellettivo non sono più considerate come “deficitari”, ma come appartenenti a una dimensione umana che merita rispetto e supporti personalizzati, spostando l’attenzione da ciò che il soggetto “non sa fare” a come può “funzionare meglio” nel suo contesto.

7. *Disturbo da sintomi neurologici funzionali*

Il termine “disturbo di conversione” è stato del tutto sostituito da “disturbo da sintomi neurologici funzionali” (*functional neurological symptom disorder*).

[I criteri diagnostici sono stati semplificati per non richiedere più la presenza di un fattore di stress psicologico identificabile. La diagnosi ora si basa su evidenze cliniche di incompatibilità tra il sintomo e le condizioni neurologiche conosciute (es. il segno di Hoover nel caso di debolezza agli arti), spostando il focus dalla “causa psichica” alla “presentazione clinica”.]

Si tratta di una modifica di particolare rilievo, in quanto comporta l’abbandono di una terminologia storicamente legata alla tradizione psichiatrica ottocentesca e successivamente psicoanalitica. L’isteria di conversione è stata descritta in modo dettagliato da Freud già a partire dagli scritti con Josef Breuer raccolti nel volume *Scritti sull’isteria* (Breuer & Freud, 1895). Il termine “conversione” richiamava il meccanismo attraverso cui un affetto intollerabile, legato a una rappresentazione rimossa, veniva deviato dal piano psichico a quello corporeo. La presenza di sintomi corporei gravi – paralisi, anestesi, afonie, disturbi visivi, convulsioni – in assenza di qual-

siasi lesione organica, per Freud e per tutta la tradizione psicoanalitica successiva, era il risultato di un processo di conversione di un conflitto psichico in un fenomeno somatico. La conversione rappresentava dunque allo stesso tempo un'espressione mascherata di un conflitto inconscio e una forma di linguaggio del corpo. L'energia affettiva che non poteva essere elaborata mentalmente (a causa della rimozione) trovava sbocco nel corpo, producendo un sintomo che aveva un alto valore simbolico.

L'adozione del termine "funzionale" introduce un lessico più descrittivo e meno carico di implicazioni teoriche e morali: non presuppone che il sintomo derivi da una "conversione" inconscia del trauma, ma indica piuttosto un'alterazione del funzionamento dei circuiti neuropsicologici in presenza di un'architettura cerebrale strutturalmente integra (Stone *et al.*, 2016). Questo spostamento terminologico è coerente con un orientamento che mira a ridurre la stigmatizzazione del paziente, evitando letture che possano essere percepite come colpevolizzanti o riduttivamente psicologizzanti. Al tempo stesso, esso riflette l'attuale tendenza a interpretare questi disturbi come espressione di disfunzioni delle reti neurali, segnando un progressivo riallineamento della nosografia verso modelli integrativi tra neuroscienze e clinica, piuttosto che verso spiegazioni che si fanno ampie e inclusive del conflitto intrapsichico.

8. *Scomparsa del termine "neurolettico"*

Il DSM-5-TR ha rimosso sistematicamente il termine "neurolettico" in tutto il manuale. Al suo posto, vengono utilizzati termini come "farmaci antipsicotici" o, in contesti più tecnici, "farmaci antagonisti della dopamina". Il termine era considerato obsoleto perché enfatizzava l'effetto di "riduzione della motilità" (neurolessia) tipico dei farmaci di prima generazione, trascurando i meccanismi d'azione più complessi dei farmaci moderni.

La sostituzione di "neurolettico" con "antipsicotico" segnala quindi un tentativo di riallineare il lessico farmacologico a una psichiatria che si definisce sempre più in termini di intervento mirato sui processi psicopatologici, piuttosto che di semplice controllo dei sintomi comportamentali. In questo senso, il cambiamento terminologico dovrebbe contribuire a una rappresentazione meno stigmatizzante dei trattamenti farmacologici e a un'immagine della pratica clinica orientata non solo al contenimento, ma alla modificazione dei processi patogenetici implicati nei disturbi psicotici.

9. *Suicidio e autolesionismo*

Il DSM-5-TR introduce nuovi Codici Z per la registrazione del comportamento suicidario e dell'autolesionismo non suicidario. Questi codici

permettono ai clinici di registrare tali atti come problemi clinici primari, anche in assenza di una diagnosi di disturbo mentale concomitante (ad esempio, una persona senza depressione che tenta il suicidio a seguito di un crollo finanziario).

Tradizionalmente, il comportamento suicidario è stato considerato principalmente come un epifenomeno di un disturbo mentale sottostante. La sua parziale autonomizzazione all'interno del DSM-5-TR introduce invece il riconoscimento che una crisi suicidaria possa emergere anche in assenza di una diagnosi psichiatrica maggiore, configurandosi come una risposta a condizioni di sofferenza esistenziale intensa. Questa innovazione ha implicazioni cliniche rilevanti, poiché consente di indirizzare interventi specifici sul rischio suicidario indipendentemente dalla presenza di un disturbo dell'umore o di altre psicopatologie formali.

Al tempo stesso, questa riorganizzazione diagnostica non è priva di ambiguità. Se da un lato amplia lo sguardo sulla sofferenza umana, dall'altro può essere utilizzata per ricondurre ogni forma di comportamento suicidario o autolesivo entro un perimetro di pertinenza psicopatologica. In questo modo, la psichiatria rischia di estendere la propria giurisdizione a forme di disagio che, come nel caso del suicidio anomico descritto dalla tradizione sociologica a partire da Durkheim (1897), e già intuito da Marx (Plaut & Anderson, 1999), sono radicate in fratture dei legami sociali, nella perdita di riferimenti normativi e nei processi di disintegrazione del tessuto collettivo, piuttosto che in una patologia individuale in senso stretto.

Nel loro insieme, le modifiche esaminate non configurano una semplice revisione tecnica, ma delineano una traiettoria riconoscibile. Attraverso aggiustamenti terminologici, ridefinizioni dei criteri e nuove articolazioni delle categorie, il DSM-5-TR continua a riorientare il modo in cui la sofferenza viene resa visibile, nominabile e trattabile. Ciò che emerge non è tanto un cambiamento di paradigma, quanto una progressiva ricalibrazione dell'equilibrio tra descrizione clinica, modelli neuroscientifici e sensibilità culturali contemporanee. Questi spostamenti, per quanto talvolta sottili, producono effetti concreti sulla pratica clinica e sull'esperienza dei pazienti: modificano le soglie del patologico, ridefiniscono ciò che conta come sintomo, trasformano il rapporto tra crisi, diagnosi e trattamento. È dunque a partire da queste scelte operative che diventa possibile interrogare più a fondo l'impianto concettuale del DSM. Il capitolo che segue si propone perciò di concludere offrendo suggestioni con le quali provare a collocare queste trasformazioni in una cornice più ampia, esaminando i presupposti storici, epistemologici e istituzionali che hanno reso il DSM ciò che è oggi.

Conclusioni

Quest'ultimo capitolo si propone dunque, come anticipato, di collocare il DSM-5-TR all'interno della più ampia genealogia del progetto DSM, interrogandone i presupposti impliciti, le alleanze scientifiche e i vincoli sistemici che ne orientano l'evoluzione.

Una riflessione critica sul DSM deve dunque interrogarsi sul tipo di soggetto che il manuale presuppone: un individuo astratto, decontestualizzato, osservabile dall'esterno, la cui esperienza interiore può essere scomposta in sintomi e ricondotta a categorie standard. In questo processo, il significato e il senso dell'esperienza tendono a dissolversi. Le tradizioni fenomenologiche e psicodinamiche hanno evidenziato i limiti di tale impostazione, mostrando come la psicopatologia non possa essere ridotta a una somma di segni, ma vada compresa come una trasformazione globale del modo di essere-nel-mondo. La sofferenza psichica, perciò, non è un oggetto isolabile, ma un'esperienza che investe l'intera esistenza del soggetto.

Il DSM va dunque letto come un dispositivo storicamente situato, attraversato da scelte filosofiche implicite, i cui effetti vanno oltre il clinico, entrando nella formazione dei professionisti, nei sistemi sanitari, nelle politiche assicurative e nell'industria farmaceutica. Questa funzione si estende anche al di fuori del contesto clinico. Le categorie del DSM entrano nel linguaggio comune, modellano l'autocomprensione dei soggetti e definiscono cornici interpretative per la sofferenza, consolidando la percezione dei disturbi come realtà oggettive e naturali, piuttosto che come costruzioni storiche e culturali.

Dal punto di vista tecnico, il manuale privilegia la riproducibilità della diagnosi (*inter-rater reliability*) rispetto alla sua validità clinica. La concordanza tra osservatori garantisce standardizzazione, ma non assicura che ciò che viene diagnosticato corrisponda realmente a una struttura clinica significativa. La proliferazione delle categorie diagnostiche risponde all'esigenza di riconoscere forme di sofferenza prima trascurate, ma può frammentare ulteriormente il campo psicopatologico, moltiplicando le etichette senza chiarire i rapporti strutturali tra esse. Il rischio è l'"iper-nominazione" della sofferenza: ogni disagio ha un nome, ma non sempre un senso.

Di fatto il DSM riduce l'esperienza psicopatologica a sintomi misurabili, trascurando la domanda centrale per chi la vive: perché questi sintomi, in questo momento, in questo contesto? Le prospettive fenomenologiche ricordano che la sofferenza psichica non può essere compresa senza considerare il modo in cui il mondo si mostra al soggetto.

Perdita dell'evidenza naturale, alterazione della temporalità, esperienze deliranti: non sono segni tra altri, ma trasformazioni che ridefiniscono l'intera esperienza. Ciò che non si presta a una codifica discreta viene marginalizzato, riflettendo una concezione della scienza che privilegia il misurabile e fatica a confrontarsi con fenomeni complessi, qualitativi e ambigui.

Infine, il legame tra diagnosi e trattamento mostra l'impatto concreto del manuale: le categorie guidano l'accesso alle cure, le prescrizioni, la durata dei trattamenti e la valutazione degli esiti. Quando la diagnosi diventa realtà ontologica, l'identità clinica rischia di sovrapporsi a quella personale, comprimendo la complessità dell'esperienza e contribuendo alla stigmatizzazione e medicalizzazione di problemi che hanno radici esistenziali, sociali o relazionali.

Portare alla luce queste tensioni significa restituire alla psichiatria una dimensione riflessiva: nessuna classificazione può esaurire il senso della sofferenza, ma, se assunta criticamente, può diventare uno strumento al servizio della cura. Il DSM si conferma perciò al tempo stesso conquista e problema. La sua ambivalenza richiama il tema della meraviglia come esperienza-limite: il momento in cui l'ordine del senso vacilla e l'esperienza si mostra nella sua opacità. In questo spazio fragile si apre la possibilità di una clinica non riduttiva, capace di accogliere la singolarità senza dissolverla in codici, mantenendo viva la tensione tra controllo e apertura all'alterità.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. DSM-III*. Washington: APA Press (trad. it.: DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 1983).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. Washington: APA Press (trad. it.: DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 1995).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR*. Washington: APA Press (trad. it.: DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 2000).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5*. Washington: APA Press (trad. it.: DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 2013).
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5-TR*. Washington: APA Press (trad. it.: DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 2023).
- Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity Press (trad. it.: Modernità liquida. Roma-Bari: Laterza, 2002).

- Breen, L. J., Penman, E. L., Prigerson, H. G., & Hewitt, L. Y. (2015). Can Grief be a Mental Disorder?: An Exploration of Public Opinion. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(8), 569-573.
- Breuer, J., & Freud, S. (1895). *Studien über Hysterie* (trad. it.: Studi sull'isteria. In Freud S., Opere. Vol. I. Torino: Bollati Boringhieri, 1967).
- Decker, H. (2013). *The Making of DSM-III. A Diagnostic Manual's Conquest of American Psychiatry*. Oxford-New York: Oxford University Press.
- Durkheim, É. (1897). *Le Suicide: étude de sociologie*. Paris: Félix Alcan (trad. it.: Il suicidio. Studio di sociologia. Milano: Rizzoli, 1987).
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G., & Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of general psychiatry*, 26(1), 57-63.
- First, M. B., Yousif, L. H., Clarke, D. E., Wang, P. S., Gogtay, N., & Appelbaum, P. S. (2022). DSM-5-TR: overview of what's new and what's changed. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 21(2), 218-219.
- First, M. B. (2016). Adopting a continuous improvement model for future DSM revisions. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(3), 223-224.
- Frances, A. (2013). *Saving Normal. An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, «DSM-5», Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. New York: Morrow (trad. it.: *Primo, non curare chi è normale. Contro l'invenzione delle malattie*. Torino: Bollati Boringhieri, 2013).
- Garb, H. N. (2021). Race bias and gender bias in the diagnosis of psychological disorders. *Clinical psychology review*, 90, 102087.
- Goodwin, D. W., & Guze, S. B. (1979). *Psychiatric Diagnosis. Fifth Edition*. New York-Oxford: Oxford University Press (trad. it.: *La diagnosi psichiatrica*. Quinta edizione. Roma: Fioriti, 2000).
- Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual review of clinical psychology*, 6, 155-179.
- Insel, T. R., & Quirion, R. (2005). Psychiatry as a clinical neuroscience discipline. *JAMA*, 294(17), 2221-2224.
- Kendell, R. E., Cooper, J. E., Gourlay, A. J., Copeland, J. R. M., Sharpe, L., & Gurland, B. J. (1971). Diagnostic Criteria of American and British Psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, 25(2), 1231-30.
- Plaut, E. A., & Anderson, K. (1999). *Marx on Suicide*. Evanston, Illinois: Northwestern University Press.
- Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*, 20(1), 96-106.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35(6), 773-782.
- Stone, J., Carson, A., & Sharpe, M. (2016). *Functional Neurological Disorders: A Practical Guide*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Miron, C. D., & Simon, N. M. (2021). Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. *Focus*, 19(2), 161-172.
- Tang, S., Chow, A. Y. M., Breen, L. J., & Prigerson, H. G. (2020). Can grief be a mental disorder? An online survey on public opinion in mainland China. *Death studies*, 44(3), 152-159.

Woodruff, R. A., Goodwin, D. W., & Guze, S. B. (1974). *Psychiatric Diagnosis*. New York-Oxford: Oxford University Press.

Zucker, K. J. (2013). DSM-5: Call for commentaries on gender dysphoria, sexual dysfunctions, and paraphilic disorders. *Archives of Sexual Behaviors*, 42(5), 669-674.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Contributi: Fabio Di Fabio ha contribuito all'impianto teorico e alla stesura dell'articolo; Antonella Moschillo ha contribuito all'analisi dei dati bibliografici e alla revisione critica del contenuto intellettuale. Entrambi gli autori hanno contribuito in modo sostanziale alla stesura finale del lavoro e approvato la versione sottoposta.

Ringraziamenti: gli autori ringraziano i colleghi e i supervisori clinici che hanno contribuito, attraverso il confronto teorico e clinico, alla maturazione delle riflessioni presentate in questo lavoro.

Ricevuto: 19 gennaio 2026.

Accettato: 11 marzo 2026.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2026

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2026; XXXVII:1141

doi:10.4081/rp.2026.1141

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.