

LA DIAGNOSI MULTIASSIALE NEL DSM

Aspettando il DSM-V

Andrea Mazzeo

“Niente da fare”
Samuel Beckett, *Aspettando Godot*

Il concetto di valutazione multiassiale è stata introdotta in psichiatria con il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM), adottato dalla psichiatria statunitense e successivamente a livello internazionale; il concetto di assi diagnostici riprende, in un certo senso, il concetto della fisica e della matematica degli assi cartesiani.

Nel sistema cartesiano l'equazione che ci consente di conoscere con notevole approssimazione la posizione di un punto (o di una retta o altro) nello spazio è realizzata mediante le coordinate dell'oggetto in relazione ai tre assi cartesiani; nel sistema del DSM la collocazione della sintomatologia clinica sui cinque assi diagnostici ci consente di avvicinarci con discreta approssimazione ai problemi del nostro paziente.

La classificazione del DSM, ormai accettata a livello mondiale si basa sul concetto di "*available knowledge*", cioè di quelle che sono le conoscenze oggi disponibili nel campo molto insidioso dei disturbi, o malattie, mentali; senza bisogno di formulare ipotesi indimostrabili sulle cause delle 'malattie mentali' della vecchia psichiatria ma cercando allo stesso tempo di recuperare gli approcci psicologici e sociali.

La classificazione multiassiale proposta con il DSM consente di valutare globalmente il paziente non limitandosi all'etichetta diagnostica del passato; alla stesura della quarta edizione del manuale, che ormai sta per andare in pensione, hanno collaborato più di mille psichiatri di tutto il mondo, Italia compresa, oltre a numerose società scientifiche, suddivisi in gruppi di lavoro per ciascun disturbo o gruppo di disturbi. Naturalmente, come tutte le azioni dell'uomo, il DSM è criticabile e perfettibile, ma allo stato attuale rappresenta il riferimento principale per chi si occupa dei disturbi mentali.

Cosa significa valutazione multiassiale?

Riprendo la definizione che ne dà il DSM: "*Un sistema multiassiale comporta la valutazione su diversi assi, ognuno dei quali si riferisce ad un diverso campo di informazioni che può aiutare il clinico nel pianificare il trattamento e prevedere l'esito*". Si tratta quindi di

valutare la persona che si rivolge allo psichiatra sotto differenti punti di vista, non più di appioppargli l'etichetta diagnostica che racchiudeva la persona stessa in una sola definizione.

E ancora: *"L'uso del sistema multiassiale facilita la valutazione ampia e sistematica dei vari disturbi mentali e condizioni mediche generali, dei problemi ambientali e psicosociali e del livello di funzionamento, che potrebbero essere trascurati se il centro dell'attenzione fosse rivolto alla valutazione di un singolo problema in atto. Un sistema multiassiale fornisce un conveniente schema per organizzare e comunicare l'informazione clinica, per cogliere la complessità delle situazioni cliniche, e per descrivere l'eterogeneità degli individui che si presentano con la stessa diagnosi. Inoltre, il sistema multiassiale favorisce l'applicazione del modello biopsicosociale negli ambienti clinici, didattici e di ricerca."*

La classificazione multiassiale del DSM-IV comprende cinque assi di valutazione:

Asse I	- Disturbi clinici - Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica
Asse II	- Disturbi di Personalità - Ritardo Mentale
Asse III	Condizioni Mediche Generali
Asse IV	Problemi Psicosociali ed Ambientali
Asse V	Valutazione Globale del Funzionamento

Ho evidenziato in grassetto le parole 'disturbi' e 'problemi'; questo perché si continua ancora a fare una gran confusione in quel particolare settore che attiene i conflitti per l'affidamento dei minori dove si continua a sostenere la famigerata PAS.

È sbagliato e anti-scientifico, oltre che confusivo, affermare che l'alienazione genitoriale è già nel DSM sull'Asse IV come problema relazionale genitore-bambino; leggiamo quello che è scritto nel DSM: *"Sull'Asse IV si riportano i problemi psicosociali ed ambientali che possono influenzare la diagnosi, il trattamento e la prognosi dei disturbi mentali (Asse I e Asse II)"*.

Questo significa che lo psichiatra formula la diagnosi del disturbo mentale e la registra nell'Asse I o nell'Asse II del DSM; valuta successivamente se eventuali problemi psicosociali o ambientali possono influenzare la diagnosi già precedentemente formulata e se li riscontra li registra nell'Asse IV del DSM. Ma la diagnosi rimane sempre quella già formulata, non è che gli eventuali problemi psico-socio-ambientali diventano la nuova diagnosi.

Esempio pratico:

Diagnosi: depressione (Asse I)

Problema correlato: perdita recente di un congiunto (Asse IV).

La **malattia** diagnosticata, che nel DSM viene chiamata **disturbo**, è sempre la depressione; non è che, siccome c'è stata la perdita di un congiunto quest'ultima diviene una malattia autonoma. La perdita di un congiunto viene registrata perché è il problema psicologico e sociale correlato alla depressione (non sappiamo ancora, nel caso specifico, se ne è la causa) e che ovviamente influenza il trattamento perché non ci sarà mai nessun farmaco che potrà restituire il defunto e quindi si deve pensare a un supporto psicologico, associato o meno alla terapia farmacologica.

I **problemi** che il DSM classifica in **Asse IV** sono i seguenti:

Problemi con il gruppo di supporto principale	Per es., morte di un membro della famiglia; problemi di salute in famiglia; disgregazione della famiglia per separazione, divorzio, o allontanamento; allontanamento da casa; contrazione di nuovo matrimonio da parte di un genitore; abuso sessuale o fisico; iperprotezione da parte dei genitori; incuria verso un bambino; disciplina inadeguata; disaccordo con i fratelli; nascita di un fratello
Problemi legati all'ambiente sociale	Per es., morte o perdita di un amico; inadeguato supporto sociale; vivere da soli; difficoltà di acculturazione; discriminazione; adattamento ai cambiamenti di vita (come il pensionamento)
Problemi di istruzione	Per es., analfabetismo; problemi scolastici; disaccordo con gli insegnanti o con i compagni di classe; ambiente scolastico inadeguato
Problemi lavorativi	Per es., disoccupazione; minaccia di perdere il lavoro; orario di lavoro stressante; condizioni di lavoro difficili; insoddisfazione lavorativa; cambiamento di lavoro; disaccordo con il principale o con i colleghi di lavoro
Problemi abitativi	Per es., essere senza-tetto; alloggio inadeguato; quartiere pericoloso; disaccordi con i vicini o con il padrone di casa
Problemi economici	Per es., povertà estrema; condizione finanziaria inadeguata; supporto assistenziale inadeguato
Problemi di accesso ai servizi sanitari	Per es., servizi sanitari inadeguati; indisponibilità di trasporti per le strutture sanitarie; assicurazione sanitaria inadeguata
Problemi legati all'interazione con il sistema legale/ criminalità	Per es., arresto; incarcerazione; cause; essere vittima di un crimine
Altri problemi psicosociali e ambientali	Per es., esposizione a catastrofi, guerre, altre inimicizie; disaccordo con fornitori di assistenza non familiari come avvocato, assistente sociale o medico; indisponibilità di agenzie di servizio sociale

Nella tabella di cui sopra qualcuno legge le parole "alienazione genitoriale" o "parentale"? Io no, ma evidentemente alcuni hanno il dono di leggere ciò che non è scritto.

Verso la fine del manuale c'è il capitolo chiamato "Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica" e che è così definito: "*Questa sezione include altre condizioni o problemi che possono essere oggetto di attenzione clinica*". In questo capitolo esiste il paragrafo dei **Problemi relazionali** all'interno del quale c'è il sotto-paragrafo chiamato **Problema relazionale genitore-bambino**, così definito: "*Questa categoria dovrebbe essere usata quando l'oggetto dell'attenzione clinica è una modalità di interazione tra genitore e bambino (per es., comunicazione compromessa, iperprotezione, disciplina inadeguata) che è associata con una compromissione clinicamente significativa del funzionamento dei singoli o della famiglia, o con lo sviluppo di sintomi clinicamente significativi nel genitore o nel bambino*".

Quindi un problema relazionale genitore-bambino (es. il rifiuto del bambino di relazionarsi con un genitore) può essere oggetto di attenzione clinica (e quindi classificato in Asse I del DSM) solo se:

- 1) è associato con una compromissione clinicamente significativa del funzionamento dei singoli o della famiglia, o**
- 2) è associato con lo sviluppo di sintomi clinicamente significativi nel genitore o nel bambino (es, ansia, calo dell'umore, insonnia, ecc).**

Un problema relazionale (nel nostro caso il rifiuto del bambino di relazionarsi con un genitore), quindi, diviene degno di attenzione clinica solo se comporta una compromissione clinicamente significativa del funzionamento psico-sociale; come si valuta questo funzionamento? Con una scala che si chiama, appunto, **Valutazione globale del funzionamento (VGF)** e che assegna dei punteggi da 100 (perfetta normalità) a 1 (il più grave stato di malattia).

La valutazione del funzionamento psico-sociale non è un *optional* ma è una condizione essenziale per fare diagnosi di qualcosa; **se il soggetto non ha compromissione del funzionamento psico-sociale non si può diagnosticare un bel niente!**

Io non riesco ancora a leggere le parole "alienazione genitoriale" o "parentale", non so voi.