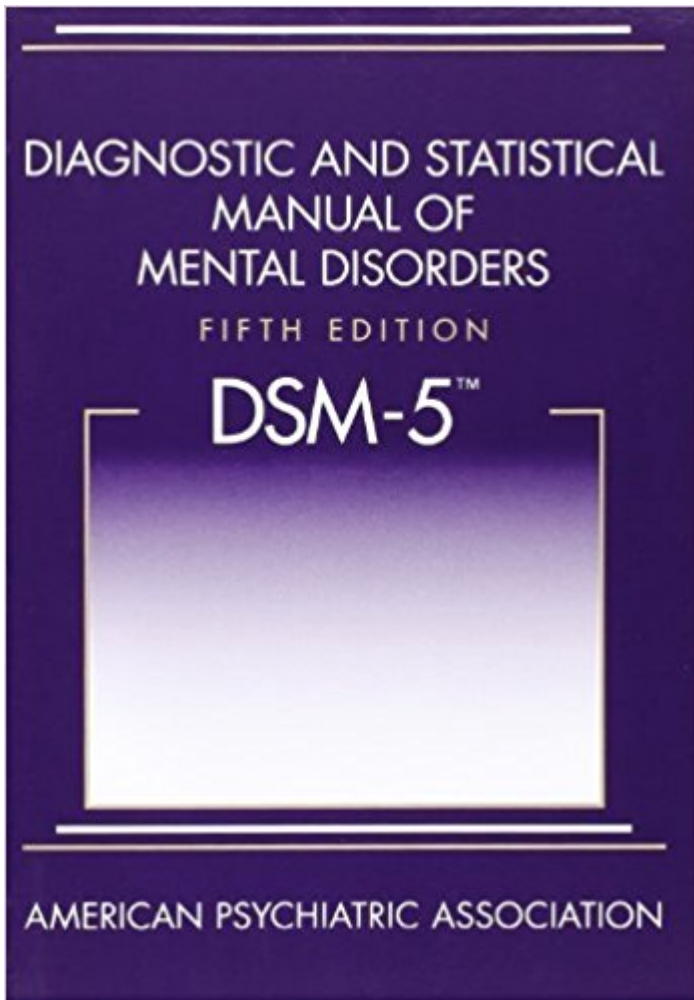


17 febbraio 2018



**DISTURBI BIPOLARI
E DEPRESSIVI
NEL DSM-5**

GIANFRANCO DEL BUONO Psichiatra-psicoterapeuta
Azienda Ospedaliero-Universitaria Salerno

CAPITOLI DIAGNOSTICI del DSM-5

1	Disturbi del neuro sviluppo	11	Disturbi da eliminazione
2	Spettro schizofrenico ed altri disturbi psicotici	12	Disturbi del ritmo sonno-veglia
3	Disturbi bipolari e correlati	13	Disfunzioni sessuali
4	Disturbi depressivi	14	Disforia di genere
5	Disturbi d'ansia	15	Disturbi distruttivi, del controllo degli impulsi, e della condotta
6	Disturbi ossessivo-compulsivi e correlati	16	Disturbi da uso di sostanze e additivi
7	Disturbi correlati a trauma e stressors	17	Disturbi neuro cognitivi
8	Disturbi dissociativi	18	Disturbi di personalità
9	Disturbi da sintomi somatici e correlati	19	Altri disturbi mentali
10	Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione	20	Disturbi del movimento ed altre reazioni avverse dovute a farmaci

Cambiamento nell'ordine dei capitoli

- Per migliorare l'utilità clinica, il DSM-5 è organizzato sullo sviluppo e sull'arco di vita.
 1. Disturbi che si manifestano nelle prime fasi della vita (disturbi del neurosviluppo)
 2. Disturbi che esordiscono nell'adolescenza e nella giovane età adulta (spettro schizofrenico)
 3. Disturbi bipolari, disturbi depressivi, e disturbi d'ansia
 4. Disturbi pertinenti all'età avanzata (disturbi neurocognitivi).

CAPITOLI DIAGNOSTICI del DSM-5

1	Disturbi del neuro sviluppo	11	Disturbi da eliminazione
2	Spettro schizofrenico ed altri disturbi psicotici	12	Disturbi del ritmo sonno-veglia
3	Disturbi bipolari e correlati	13	Disfunzioni sessuali
4	Disturbi depressivi	14	Disforia di genere
5	Disturbi d'ansia	15	Disturbi distruttivi, del controllo degli impulsi, e della condotta
6	Disturbi ossessivo-compulsivi e correlati	16	Disturbi da uso di sostanze e additivi
7	Disturbi correlati a trauma e stressors	17	Disturbi neuro cognitivi
8	Disturbi dissociativi	18	Disturbi di personalità
9	Disturbi da sintomi somatici e correlati	19	Altri disturbi mentali
10	Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione	20	Disturbi del movimento ed altre reazioni avverse dovute a farmaci

ORDINE DEI CAPITOLI

- Capitolo 2: SCHIZOFRENIA ET AL
- Capitolo 3: DISTURBI BIPOLARI ET AL
- Capitolo 4: DISTURBI DEPRESSIVI

Cosa dice il DSM-5

Il DSM-5 ha riconosciuto i disturbi bipolari come un ponte tra la schizofrenia e disturbi depressivi, in termini di:

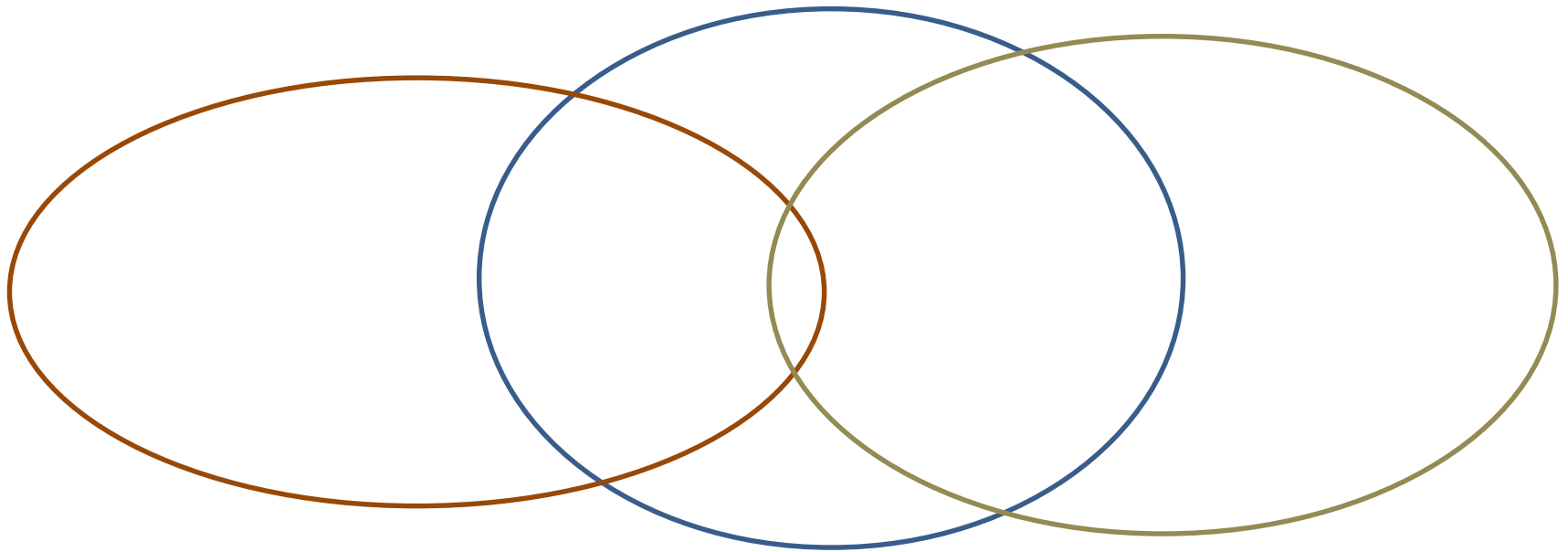
- Sintomatologia
- Storia familiare
- Genetica

Studi di genetica e di neuropsicologia hanno dimostrato come il disturbo bipolare si ponga in una situazione intermedia i disturbi psicotici e quelli depressivi.

I disturbi dell'umore non ci sono più!

Genetica dei disturbi mentali gravi

Geni di suscettibilità



Schizofrenia
prototipica

Disturbo
schizoaffettivo

Disturbo bipolare
prototipico

Alterazioni cognitive nel bipolare

- Al momento attuale le evidenze fanno pensare che le psicosi maggiori sviluppino tutte un certo grado di deficit cognitivo.
- Il profilo delle alterazioni sembra simile tra la schizofrenia e i disturbi bipolari.
- Da un punto di vista quantitativo, l'alterazione cognitiva è meno grave nelle psicosi affettive.

NB: non c'è uno strumento che possa valutare il deficit cognitivo presente in queste sindromi come avviene nelle demenze con il MMSE!

Differenze Bipolare/Schizofrenia

La principale differenza tra schizofrenia e disturbi bipolari, se tale differenza esiste, può non essere la presentazione sintomatologica e l'abnorme funzionamento dei circuiti nervosi ma i patterns di progressione della malattia.

Fava et al, 2014

La stadiazione clinica ?

I disturbi mentali si possono raggruppare in clusters, accomunati da somiglianze nella

→ fisiopatologia,

→ rischio di malattia,

→ genetica

→ altri dati derivati dalle neuroscienze e dalla esperienza clinica.

L'organizzazione del DSM-5 riflette un raggruppamento tra categorie diagnostiche, per cui vengono piazzate vicino le categorie che spesso sono in comorbidità.

LA METASTRUTTURA DEI DISTURBI MENTALI

** Goldberg DP, Krueger RF, Andrews G et al. Emotional disorders: cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. Psychol Med 2009;39:2043-59.

METASTRUTTURA dei disturbi bipolari ?

- Pertanto, il disturbo bipolare occupa una posizione intermedia tra la schizofrenia e i disturbi cosiddetti internalizzanti o emotivi,
- Disinibizione,
- Psicoticismo,
- Affettività negativa.

Disturbi internalizzanti ed esternalizzanti

I disturbi internalizzanti includono disturbi con alti livelli di affettività negativa.

I disturbi esternalizzanti includono i disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta insieme ai disturbi correlati a sostanze e additivi. (38).

Disturbi internalizzanti ed esternalizzanti

Disturbi internalizzanti	Disturbi esternalizzanti
disturbi depressivi	Disturbi dirompenti, del controllo degli impulsi e della condotta
disturbi d'ansia,	
disturbi ossessivo-compulsivi e correlati,	Disturbi correlati a sostanze e da addiction
disturbi da traumi e da stress,	
disturbi dissociativi.	

I disturbi somatici spesso si presentano insieme a quelli internalizzanti ed includono i disturbi da sintomi somatici, dell'alimentazione e della nutrizione, i disturbi del sonno e le disfunzioni sessuali.

Elenco dei bipolari

- Disturbo bipolare I
- Disturbo bipolare II
- Disturbo ciclotimico
- Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci
- Disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica
- Disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione
- Disturbo bipolare e disturbi correlati senza specificazione
- Specificatori per disturbo bipolare e disturbi correlati

Differenze DSM-IV e DSM-5

- Per quanto riguarda gli episodi maniacali o ipomanicali, oltre i cambiamenti nell'umore ci possono essere anche cambiamenti nel livello di attività o energia.
- Radicale trasformazione dei criteri per stato misto. La diagnosi di stato misto del DSM-IV è stato rimosso (DSM-IV: presenza contemporanea di un episodio di depressione e di mania). È stato aggiunto un nuovo specificatore, “**con caratteristiche miste**”: durante episodi di una polarità si presentano alcuni sintomi della polarità opposta.
- Sia i disturbi bipolari che quelli depressivi ci può essere uno specificatore di ansia.

Quanti bipolari ci sono ?

- BIPOLARI I (MANIA + DEPRESSIONE)
- BIPOLARI II (IPOMANIA + DEPRESSIONE)
- Disturbo ciclotimico
- Indotto da sostanze stupefacenti o da farmaci
- Dovuto ad un'altra condizione medica
- Altri specifici disturbi bipolari e correlati
- Disturbi bipolari e correlati non specificati.

Differenza tra maniacale e ipomaniacale

- EPISODIO MANIACALE: durata almeno di 7 giorni. Provoca un alterazione grave del funzionamento o richiede l'ospedalizzazione.
- EPISODIO IPOMANIACALE: durata almeno di 4 giorni. Rappresenta un periodo evidente di cambiamento del funzionamento. L'episodio non è così grave da richiedere l'ospedalizzazione. Le manifestazioni psicotiche sono per definizione maniacali.

BIPOLARI tipo II

- **DEFINIZIONE:** richiedono la presenza durante il corso della vita di almeno 1 episodio di depressione maggiore e di 1 EPISODIO IPOMANIACALE.
- **Non vengono più considerate forme lievi, perché tali pazienti trascorrono una grande quantità di tempo nella fase depressiva e perché l'instabilità nell'umore si accompagna a alterazioni gravi del funzionamento sociale e lavorativo.**

Episodio attuale o più recente (BIP I)

Maniacale	Lieve	Con manifestazioni psicotiche
Ipomaniacale	Moderato	In remissione parziale
Depresso		In remissione totale
Non specificato	Grave	Non specificato

Specificatori dei BIPOLARI I

Specificare se:

Con ansia

Con caratteristiche miste

A cicli rapidi

Con caratteristiche melanconiche

Con caratteristiche atipiche

Con manifestazioni psicotiche congrue all'umore

Con manifestazioni psicotiche incongrue all'umore

Con catatonia

Con esordio nel periodo peripartuum

Con modalità stagionali

Sul bipolare tipo II

Episodio attuale o più recente	Specificare se:	Decorso	Gravità
Ipomaniacale	Con ansia	in remissione parziale	Lieve
	Con manifestazioni miste		
	Con cicli rapidi		
	Con manifestazioni psicotiche congrue all'umore		
Depresso	Con manifestazioni psicotiche incongrue all'umore	in remissione completa	Moderato
	Con catatonia		Grave
	Con esordio nel periparto		
	Con pattern stagionale		

Lo stato misto non esiste più!

DSM-IV: stato misto = depressione + mania

DSM-5: viene introdotto uno specificatore: con caratteristiche miste (“*with mixed features*”). Tale specificatore vale anche per i disturbi depressivi.

L'episodio con caratteristiche miste può essere di 2 tipi.

1. Episodio depressivo pieno

2. Episodio maniacale o ipomaniacale pieno

Presenza di almeno tre sintomi “contropolari”

Episodio maniacale/ipomaniacale con manifestazioni miste

Un episodio maniacale o ipomaniacale con almeno 3 dei seguenti sintomi:

1. Disforia preminente o umore depresso come indicato da un riferito del soggetto oppure come osservazione riportata da altri
2. Ane donia
3. Rallentamento psicomotorio
4. Faticabilità o perdita di energia.
5. Sentimenti di inadeguatezza o colpa inappropriata
6. Ricorrenti pensieri di morte o ideazione suicidaria anche senza una progettazione suicidaria specifica

Episodio depressivo con manifestazioni miste

Episodio depressivo completo con almeno 3 sintomi seguenti:

1. Umore elevato o espansivo
2. Aumento dell'autostima o grandiosità
3. Più loquace del solito o pressione a parlare
4. Fuga delle idee o esperienza che i pensieri si succedano rapidamente.
5. Aumento dell'energia o delle attività dirette allo scopo (di tipo sociale lavorativo scolastico o sessuali)
6. Eccesivo coinvolgimento in attività che hanno un alto potenziale di conseguenze negative (eccessi nel comprare, comportamento sessuale sconveniente, investimenti economici avventati)
7. Ridotto bisogno di dormire

Con ansia

Sono necessari almeno due dei seguenti sintomi:

1. Sentirsi agitato oppure teso.
2. Sentirsi insolitamente irrequieto.
3. Difficoltà a concentrarsi a causa di preoccupazioni.
4. Paura che qualcosa di terribile possa accadere.
5. Avere l'impressione di poter perdere il controllo di se stessi.

Specificare la gravità

Altri specifici disturbi bipolari e correlati

2 TIPOLOGIE

1. Una storia di episodi di depressione maggiore con un episodio che soddisfa i criteri della ipomania tranne che per il criterio della durata (cioè dura meno di 4 giorni).
2. I sintomi della mania sono pochi, insufficienti a soddisfare i criteri dell disturbo bipolare II, sebbene ci sia una durata superiore a 4 o più giorni.

Disturbo ciclotimico

- Un periodo di almeno due anni con sintomi di ipomania e depressione.
- Tali sintomi non raggiungono l'intensità per poter diagnosticare un episodio ipomaniacale o depressivo. Sono insufficienti per numero, durata, intensità e gravità.
- Nel passato non ha mai avuto episodi depressivi pieni o di altro tipo

Capitolo dei disturbi depressivi

- Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente
- Disturbo depressivo maggiore
- Disturbo depressivo persistente (distimia)
- Disturbo disforico premestruale
- Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci
- Disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica
- Disturbo depressivo con altra specificazione
- Disturbo depressivo senza specificazione
- Specificatori per i disturbi depressivi

Capitolo dei disturbi depressivi

- Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente
- Disturbo depressivo maggiore
- Disturbo depressivo persistente (distimia)
- Disturbo disforico premestruale
- Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci
- Disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica
- Disturbo depressivo con altra specificazione
- Disturbo depressivo senza specificazione
- Specificatori per i disturbi depressivi

2 nuove diagnosi

Disturbo da disregolazione dirompente dell'umore (DMDD)	Per evitare eccessive diagnosi di bipolare nei bambini si è introdotta questa nuova diagnosi (valida fino ai 18 anni). Il naturale sviluppo nell'età adulta di questo disturbo potrebbe essere il disturbo depressivo o di ansia.	Caratteristiche: <ol style="list-style-type: none">1. Irritabilità persistente (umore irritabile o arrabiato)2. Episodi frequenti di marcato discontrollo comportamentale, (almeno tre volte a settimana)
Disturbo disforico premenstruale	Visto il rafforzarsi delle evidenze scientifiche, è stato spostato alla sezione II del DSM-5 ed è stato rimosso dalla appendice.	

“Bereavement Exclusion”

- Nel DSM-IV se i sintomi depressivi insorgevano dopo un lutto si escludeva la diagnosi di depressione maggiore.
- Nel DSM-5 il lutto è riconosciuto invece come uno stressor che può precipitare un episodio depressivo.

→ LA DIAGNOSI PUO' ESSERE FATTA SECONDO IL GIUDIZIO CLINICO !

Una nota del DSM-5

Una nota del DSM-5 stabilisce che le reazioni psicologiche ad una perdita significativa (come può essere un lutto) possono includere sentimenti di intensa tristezza, ruminazione riguardo la perdita subita, insonnia, scarso appetito e perdita di peso che possono assomigliare a un episodio depressivo.

La decisione riguardo una possibile diagnosi di depressione maggiore richiede inevitabilmente il giudizio su ciò che il clinico conosce riguardo l'individuo e le sue norme culturali.

Problemi aperti

1. E' corretto ritenere che il giudizio clinico avrà la priorità sui criteri operativi nel determinare se la risposta al lutto sia patologica o meno ?
2. Il giudizio clinico dovrà essere esercitato da professionisti con un training specializzato ?
3. Che cosa capiterà alla ricerca epidemiologica che usa degli intervistatori che per definizione non sono in grado di utilizzare il giudizio clinico ?
4. L'enfasi sul giudizio clinico aumenterà il carico di responsabilità dei clinici in alcuni contesti ?

Vedi Maj 2013

A. Feinstein

- Nel 1967, ha dedicato una monografia all'analisi del ragionamento clinico sotteso alle valutazioni mediche, come la valutazione dei sintomi segni e il timing delle manifestazioni individuali.
- Nel 1982, ha introdotto il termine di “clinimetrics”, per indicare un campo dedicato alla misurazione dei problemi clinici che non trovano spazio nelle comuni classificazioni cliniche.

Costruire una scienza di base che potesse far comprendere le decisioni cliniche

CLINIMETRIA ?

Da che cosa può dipendere il giudizio clinico ?

- SINTOMI (tipi, gravità e sequenza);
- STADIAZIONE CLINICA;
- gravità della comorbidità;
- funzionamento;
- motivi alla base delle decisioni mediche (cioè scelta dei trattamenti);
- molti altri aspetti della vita quotidiana come il disagio psicologico e il benessere.

Disturbo depressivo con altra specificazione

- Depressione breve ricorrente: episodio depressivo di breve durata (4-13 giorni).
- Episodio depressivo con sintomatologia insufficiente

Disturbo depressivo senza specificazione

- è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di *non specificare la ragione per cui i criteri per uno* specifico disturbo depressivo non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica (per es., in contesti di pronto soccorso).

E la depressione cronica ?

- Scompaiono la distimia e la depressione maggiore cronica.
- Istituzione di una nuova diagnosi: disturbo depressivo persistente

CONCLUSIONI

La depressione maggiore

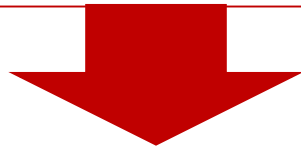
Almeno 5 dei seguenti sintomi per 2 settimane, e rappresentano un cambiamento rispetto al funzionamento precedente.

Almeno uno dei sintomi è UMORE DEPRESSO o ANEDONIA.

- 1) UMORE DEPRESSO (*umore irritabile nei bambini e negli adolescenti*)
- 2) ANEDONIA
- 3) *Perdita o aumento di peso, oppure diminuzione o aumento dell'appetito*
- 4) *Insonnia o ipersonnia*
- 5) *Agitazione o rallentamento psicomotorio (osservato dagli altri)*
- 6) *Affaticabilità o mancanza di energia*
- 7) *Sentimenti di svalutazione o di colpa eccessivi o immotivati*
- 8) *Diminuita capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione*
- 9) *Idee o tentativi di suicidio*

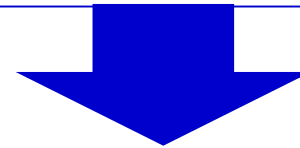
Criteri del DSM

- (1) Umore depresso;
- (2) Ridotto interesse o piacere;
- (7) Sensazioni di inadeguatezza o colpa eccessiva;
- (8) Ridotta abilità a pensare o a rimanere concentrati;
- (9) Ricorrenti pensieri di morte o tentativi e piani di suicidio.



ESPERIENZIALI, SOGGETTIVI

- (3) Significativa perdita di peso o aumento di peso;
- (4) Insonnia o ipersonnia;
- (5) Agitazione o rallentamento psicomotorio;
- (6) Faticabilità o perdita di energia.



FISIOLOGICI, ESTERIORI

Criteri soggettivi o oggettivi ?

- I criteri esperenziali e soggettivi possono essere soddisfatti anche tramite l'osservazione di altri (familiari, amici, conoscenti, etc).
- Ad esempio: criteri come l'umore depresso, l'anedonia e la ridotta capacità di pensare sono seguiti da specificazioni per cui questi sintomi possono essere osservati da altri.

Conseguenza di tali criteri «oggettivi»

Aumento dell'affidabilità

Riduzione della validità

Cosa cercare

- Bisogna trovare la caratteristica essenziale (o le caratteristiche essenziali) di un disturbo, che ci aiutino a dare un senso ad altre caratteristiche meno fondamentali.
- Una categoria diagnostica ha una validità di costrutto quando è basata su un gruppo di fattori espliciti e coerenti. (Jablensky and Kendell). *La validità di costrutto può aiutare nel tentativo descrivere le caratteristiche essenziali.*

Umore depresso e anedonia

- Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni come riportato dall'individuo (per es. si sente triste, vuoto, disperato) o come osservato da altri (per es. appare lamentoso). (Nota nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile.)
- Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte o quasi tutte le attività per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (come indicato dal resoconto soggettivo o dall'osservazione).

Dice il DSM-5:

- *Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni come riportato dall'individuo (per es. si sente triste, vuoto, disperato) o come osservato da altri (per es. appare lamentoso). (Nota nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile.)*
- In tal modo il DSM non dà una descrizione dell'umore depresso.
- Invece offre al clinico degli esempi come la tristezza, il sentirsi vuoti, senza speranza: in tal modo lascia la possibilità che altri fenomeni affettivi possano soddisfare tale criterio

Dice ancora il DSM-5:

- “In alcuni casi la tristezza può essere negata in prima battuta, ma poi essere elicitata nel seguito dell’intervista sottolineando che il paziente sembra che stia per piangere”.

La tristezza non è essenziale ?

L'Umore depresso

Chi si dichiara **triste**

Chi si dichiara **vuoto**

Chi si dichiara **disperato**

Chi appare **lamentoso**

soddisfa il criterio della depressione dell'umore
secondo il DSM ?

O umore depresso
significa qualche cosa
di diverso?

Se parliamo di depressione dobbiamo
cercare di capire il senso del sintomo
centrale ma ambiguo dell'umore
depresso!

*A.V. Fernandez Journal of Psychopathology
2014;20:414-422*

È facile riconoscere l'umore depresso ?

Brief Report

Psychiatric Resident Conceptualizations of Mood and Affect Within the Mental Status Examination

Michael Serby, M.D.

(Am J Psychiatry 2003; 160:1527–1529)

Gli studenti interni in psichiatria hanno dato risposte contraddittorie rispetto alla dimensione temporale di “mood” ed “affect”.

L'umore veniva definito pervasivo e prolungato dal 60% degli studenti, ma il 50.5% riferiva che cambiava istante per istante

L'affetto era visto come pervasivo dal 26.3% e come momentaneo dal 66.3%.

Conclusioni dello studio

- Questo studio dimostra che non è chiaro come tale aspetto della valutazione del paziente venga svolto nei programmi di formazione.
- I programmi di training dovrebbero rivedere come i propri studenti definiscono il “mood” e “l’affect”.
- CONCLUSIONE DELL’AUTORE: *“L’umore è l’emozione percepita nel corso dell’intera intervista”*

AFFETTO/UMORE secondo il DSM

GLOSSARIO DEI TERMINI TECNICI

- **UMORE:** emozione pervasiva e prolungata che colora la percezione del mondo.
- **AFFETTO:** modalità di comportamento rilevabile dall'osservazione, espressione di una condizione di sentimento soggettivamente sperimentata.
- *Umore si riferisce ad un clima emozionale più pervasivo e durevole, affetto si riferisce a una variabilità più fluttuante del clima emotivo*

AFFETTO/UMORE

- L'AFFETTO è il tono emotivo esterno, obiettivo, visibile. E' anche una valutazione momento per momento, che può essere labile o costretta, congruente o meno con le idee espresse, e può variare durante l'intervista.
- L'UMORE è uno stato emotivo interno, soggettivo, e sostenuto (perdurante).

Oltre il GLOSSARIO ...

Modi di spiegare l'umore depresso

- Ratcliff: i sentimenti esistenziali sono fenomeni affettivi che riguardano tutto il mondo, sono preintenzionali (significa che non sono diretti verso qualcosa, non riguardano qualcosa in particolare) ma conferiscono significato al mondo intero.
- Stanghellini: perdita di risonanza emotiva
- Fuchs: perdita di risonanza corporea
- Fernandez: una riduzione o una perdita dell'intensità dell'umore, perdita della capacità di sentire e percepire il mondo intorno a me.

Scienze di base ...

- *... Se si vuole entrare in una nuova era, si devono riscoprire le conoscenze di base come la psicopatologia, per meglio comprendere la esperienza profonda interiore, dei pazienti, e fornire ai pazienti i trattamenti più appropriati.*
- La necessità di riscoprire la psicopatologia come scienza di base della psichiatria è stato invocato da molti psichiatri, e rappresenta una delle priorità nella formazione di giovani psichiatri. → Una recente indagine, svolta in 32 paesi europei, ha riscontrato che la formazione in psicopatologia durante gli anni di specializzazione non è pienamente soddisfacente, ed è limitato e inadeguato il numero di ore dedicate alla formazione in psicopatologia.

Che cosa è la psicopatologia ?

2 modi di intendere la psicopatologia

Che cosa è la psicopatologia?

1. Psicopatologia come sinonimo di sintomatologia: lo studio di sintomi isolati in vista del loro significato etiologico e sintomatologico.
2. Ma la psicopatologia può essere anche orientata alla persona, cioè tenta di descrivere l'esperienza della persona e la relazione di se stessi con il mondo. → Include l'esplorazione del significato personale. In questo caso i sintomi sono l'esito tra un sé vulnerabile e la persona malata, che tenta di gestire e dare senso ai suoi lamenti.

L'oggetto primario di studio
della psicopatologia è
l'esperienza soggettiva
dell'essere umano,
che si focalizza sullo stato
di mente del paziente come è
sperimentato e narrato da lui.

In conclusione

- Per poter essere usato bene, il DSM-5 presume una conoscenza della psicopatologia; il DSM-5 dovrebbe essere semplicemente un utile complemento alle competenze.
- Chi dovesse utilizzarlo come checklist, senza avere profonde conoscenze della materia, starebbe completamente travisando la sua funzione.

Biondi, 2014