

Master di II livello in
PSICOPATOLOGIA E NEUROPSICOLOGIA FORENSE

- PSICODIAGNOSTICA FORENSE -

[INTRODUZIONE]

Dr. Corrado Lo Priore, Ph.D, Psy.D

Università degli Studi di Padova

Publicato sotto licenza
Creative Commons



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/it/>

SITO: www.lopriore.it

TWITTER: [@CorradoLoPriore](https://twitter.com/CorradoLoPriore)

BLOG: corradolopriore.wordpress.com

"Malattie mentali" di frequente rilievo per la psicologia giuridica

- ✓ Schizofrenia (psicosi)
- ✓ Depressione (e disturbi dell'umore in genere)
- ✓ DDAI (disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività)
- ✓ Autismo (disturbi pervasivi dello sviluppo)
- ✓ Sindrome frontale (sindrome disesecutiva)
- ✓ DPTS (e altre sindromi nevrotiche reattive)
- ✓ Personalità borderline (disturbi di personalità)
- ✓ Disturbo antisociale di personalità
- ✓ Disturbi dissociativi (DDI, amnesia dissociativa)
- ✓ Disturbi fittizi e Simulazione

Sistemi tassonomici descrittivi

- **DSM-IV-TR**
 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
 - *American Psychiatric Association (2001)*

- **ICD-10**
 - The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
 - *World Health Organization (1992)*

DSM - Valutazione Multiassiale

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. La classificazione multiassiale del DSM-IV comprende cinque assi:

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

Bufale della Psichiatria Moderna - 1

Disturbo Dissociativo dell'Identità (DDI)

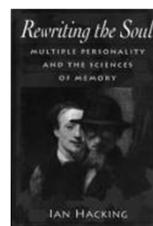
(precedentemente *Disturbo da Personalità Multipla - MPD*)

DSM-IV-TR: presenza di due o più distinte identità o stati di personalità che in modo ricorrente assumono il controllo del comportamento del soggetto, accompagnato da una incapacità di ricordare importanti notizie

APP. STORICO/FILOLOGICO:

Mikkel Borch-Jacobsen (1997):

Only seldom can we date the emergence of a psychiatric syndrome with such precision: Multiple Personality Disorder (or MPD, as it is known to psychiatrists) was born in 1973 with the publication of Flora Rheta Schreiber's book "Sybil"



Ian Hacking (1995)

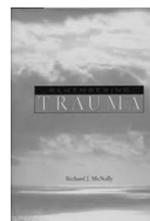
Bufale della Psichiatria Moderna - 2

Amnesia Dissociativa

DSM-IV-TR: -incapacità di rievocare importanti notizie personali, che è usualmente di natura traumatica e stressogena, e che risulta troppo estesa per essere spiegata con una normale tendenza a dimenticare;

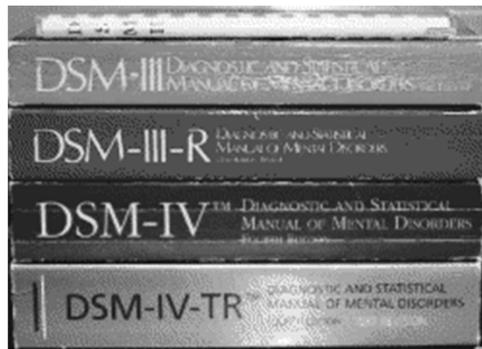
APP. STORICO/FILOLOGICO:

- H.G. Pope et al. (2006) "*Is dissociative amnesia a culture-bound syndrome? Findings from a survey of historical literature*" (Psychological Medicine)
- H.G. Pope et al. (2007)
REPRESSION CHALLENGE
<http://www.biopsychlab.com/research/repressed-memory/repression-challenge/>



Richard J. McNally (2003)
"Remembering Trauma"

Verso il DSM-5



- **Febbraio 2010** – pubblicata la prima bozza (non definitiva) delle revisioni proposte ai disturbi ed ai criteri
- **Dicembre 2012** – conclusa la stesura e approvata
- **Maggio 2013** – dateline prevista per la pubblicazione

Psicopatologia

A.

Sinonimo di
“patologia psichica”

(senso ampio, letterale, inteso
soprattutto in area anglosassone)

B.

Disciplina scientifica
che si propone di
studiare i fenomeni
mentali patologici

(soprattutto in Europa)

Karl Jaspers
(1913 -> 1965)

“Allgemeine Psychopathologie”

DSM-IV: Disturbo Mentale?

*«sebbene in questo manuale venga fornita una classificazione dei disturbi mentali, si deve ammettere che nessuna definizione specifica adeguatamente i confini precisi del concetto di “disturbo mentale”. Questo concetto, come molti altri in medicina e nella scienza, manca di una definizione operativa coerente che copra tutte le situazioni. Tutte le condizioni mediche vengono definite a diversi livelli di astrazione – ad esempio **patologia strutturale** (es. colite ulcerosa), **presentazione dei sintomi** (es. emicrania), **deviazione da una norma fisiologica** (es. ipertensione), **eziologia** (es. polmonite da pneumococco)»*

(DSM-IV-TR, Introduzione)

DSM-5: Nuova definizione di Disturbo Mentale?

- A. Una sindrome o un pattern comportamentale o psicologico che si verifica in un individuo
- B. Che riflette una sottostante disfunzione psicobiologica
- C. Le cui conseguenze sono disagio clinicamente significativo (ad esempio, un sintomo doloroso) o disabilità (cioè, compromissione in una o più importanti aree di funzionamento)
- D. Non deve essere semplicemente una risposta prevedibile a comuni fattori di stress o perdite (per esempio, la perdita di una persona cara) o una risposta culturalmente sancita a un particolare evento (per esempio, stati di trance nei riti religiosi)
- E. Non è principalmente una conseguenza di una devianza sociale o di conflitti con la società

FONTE:

Stein DJ, Phillips KA, Bolton D, Fulford KWM, Sadler JZ, & Kendler KS (2010). "What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V". *Psychological Medicine*, 40: 1759-1765.

DSM-IV: "il re è nudo"

"The cultural impact of DSM-style empiricism in psychiatry, and the mostly rational but ultimately unsatisfactory approaches that have led to the state of confusion over the nature of mental maladies and mental health we have today (...) our present chaos will probably last at least a decade past the publication of the DSM-V in 2012 (...) replacement of this strange and primitive answer to the question *What is Mental Illness?*"

(Paul R. McHugh)

Confusione tra «sintomo» e «disturbo/malattia»
Alcuni noti esempi:

- Problema ADD-H
 - <http://www.giulemanidaibambini.org/>
- Problema DPTS
- Disturbo dell'adattamento?
- Problema della distinzione autismo/psicosi

I disturbi mentali hanno un decorso temporale

3 MOMENTI:

- COSTRUZIONE (eziologia)
- ESPRESSIONE (decorso)
- RISOLUZIONE (prognosi)

L'approccio della **psichiatria descrittivista/organicista standard**, focalizzandosi solo sull'espressione del disturbo al momento dell'osservazione, tende a trascurare questo aspetto dinamico/temporale della malattia. L'apparenza non è (non dovrebbe essere) tutto.

Paul Mc Hugh

(...) it is time to give real consideration to fundamentally changing the way psychiatrists use the DSM and encouraging them to think much more about what caused the disorders they are diagnosing.

This is the proposal of one of the most influential psychiatrists of our time, **Dr. Paul McHugh**. McHugh is Chairman Emeritus of Psychiatry at Johns Hopkins. He and his esteemed colleague Dr. Phillip Slavney have written in the New England Journal of Medicine that the DSM is just a list of conditions with signs and symptoms and offers "no way of making sense of mental disorders."

Making sense of mental illnesses—describing the patient's actual suffering and disability—is imperative because pretending that people can be understood by giving them a label like major depressive disorder misses the fact that many actually complain mostly about anxiety, many others are actually grieving the loss of a loved one, and many others have pervasive low mood, low energy and low self-esteem that came "out of the blue."

(continua...)

N.B. «trovare il senso» dei disturbi mentali è ineludibile soprattutto nelle applicazioni forensi della psicodiagnostica, guidate da un quesito che pretende quasi sempre di conoscere in merito a cause ed intenzionalità e non può dunque accontentarsi di una etichetta nosografica

(...continua) Paul Mc Hugh

McHugh and Slavney correctly wonder whether this sloppiness in simply labeling rather than truly understanding patients explains why antidepressant medicines—if they are being given to a very diverse group of people artificially lumped together by the DSM—don't seem to work much better than placebo. Why would they, if half the people who meet the criteria for major depression actually have other, central issues to address?

Focusing on causes would reawaken psychiatry's commitment to looking at people's life stories as relevant to their suffering. It seems strange to say it about a profession based on insight, but too many psychiatrists practicing today don't know a lot about their patients' lives; they choose diagnoses from the DSM and pick which medicines corresponds to it. That isn't treating the person.

McHugh and Slavney say it is time to enrich and augment the checklist method of making diagnoses by starting to group mental disorders into the underlying causes: [roughly translated from their wording] brain diseases, personality problems, behavioral problems and life stresses.

N.B.: importanza del **critério eziologico** nelle diagnosi

da: <http://www.foxnews.com/health/2012/11/05/leading-psychiatrists-question-psychiatry-diagnostic-manual/>

«nessuno allora, all'inizio di questo progetto, immaginava quale sarebbe stato il peso del DSM. Noi pensavamo che avrebbe avuto un ruolo utile nel controllare il linguaggio in psichiatria, senza regole, che si sarebbe instaurato un costume diagnostico più corretto e meno "fantasioso", ma non che si sarebbe posto come manuale di riferimento (...) Alcuni di noi avvertono voglia di psicopatologia, di criteri eziopatogenetici, per paura che i "distinguo" empirici finiscano per complicarsi come le mappe delle metropolitane che ti portano dappertutto ma in cui è facile perdersi»

(Andreoli, Cassano & Rossi, 2001, Presentazione della quarta edizione italiana del DSM-IV-TR)

The "boundary problem"

[dei limiti delle strategie di "oggettivazione" nel DSM]

"The DSM-IV-TR attempts to solve the boundary problem by stipulating that symptoms (1) must be present for a minimal duration, and (2) that levels of distress, metadistress, or impairment must be present.

None is an infallible method of discriminating normal distress from mental disorder.

None directly provides insight into the presence of dysfunction in psychobiological mechanisms governing cognition, emotion and behavior."

(McNally, 2011, pagg. 67-68)

"Requiring distress about symptoms would seem odd in other areas of medicine"

(McNally, 2011, pag. 66)

«Nel DSM-IV non vi è nessuna presunzione che ogni categoria di disturbo mentale sia una entità totalmente distinta, con confini assoluti che la separano dagli altri disturbi mentali o dalla normalità. Non esiste nemmeno l'assunto che tutti gli individui descritti all'interno dello stesso disturbo mentale siano simili da tutti i punti di vista. Quindi, il clinico che utilizza il DSM-IV dovrebbe considerare che gli individui che condividono una diagnosi possono essere eterogenei anche riguardo alle caratteristiche che definiscono la diagnosi, e che i casi limite saranno difficili da diagnosticare se non in modo probabilistico»

(DSM-IV-TR, Introduzione)

Ugo Fornari (della infermità mentale)

[in merito alla perizia psichiatrica sull'imputabilità, pag. 154:] "De jure condito, i periti sono costretti, per convenzione e per giurisprudenza conforme, ad ancorarsi al modello nosografico clinico e non possono riferirsi ad altri per giungere alla loro valutazione, nonostante che dopo il 1971 alcune sentenze della Suprema Corte ammettano l'esistenza di Disturbi di personalità la cui gravità sindromica e il cui sinergismo negativo con altri disturbi patologici psichici possano incidere significativamente sull'azione delittuosa con particolare riferimento alla criminogenesi e alla criminodinamica. La loro rilevanza in tema di vizio di mente o di incapacità di agire, però, deve essere in linea con l'applicazione di schemi convenzionali di lettura del comportamento delinquenziale o di un atto avente effetti giuridici dannosi. Diviene pertanto momento irrinunciabile di ogni psichiatria quello di andare oltre la semplice nosografia dei disturbi di personalità per coglierne senso e significato attraverso il ricorso a strumenti di derivazione psicoanalitica e psicodinamica. Questa integrazione è divenuta particolarmente urgente e importante alla luce della Sentenza delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione n. 9163 gennaio-marzo 2005 (...)"

Da: Ugo Fornari «Trattato di Psichiatria Forense» (UTET, 2008, 4a ed.)

DSM-IV: "il re è nudo"

- NON E' e NON FA scienza né clinica (psicopatologia), nasce solo per fini di comodità e accuratezza di comunicazione, uniformazione di terminologia
- Non definisce i disturbi mentali e non li diagnostica (sebbene certamente disporre di termini e criteri uniformi possa aiutare, ciò non esaurisce affatto il processo diagnostico)