

RICERCHE

# Il criterio del “danno” nella definizione di disturbo mentale del DSM. Alcune riflessioni epistemologiche

Maria Cristina Amoretti,<sup>(α)</sup> Elisabetta Lalumera<sup>(β)</sup>

Ricevuto: 29 novembre 2017; accettato 16 aprile 2018

**Riassunto** In questo contributo analizzeremo il criterio del danno, presente nella definizione generale di disturbo mentale del DSM. La questione ha rilevanza sia da un punto di vista filosofico, perché il danno è una componente normativa e valoriale, non oggettiva, sia da un punto di vista clinico, perché chi ha difeso il criterio del danno ha spesso sostenuto che in sua assenza avremmo troppi falsi positivi. Infine, ha importanza dal punto di vista socio-sanitario in relazione al rapporto tra la psichiatria e la medicina non psichiatrica, nello specifico tra il DSM e l'ICD. Sosterremo che ci sono buone ragioni per non mantenere il danno come criterio necessario nella definizione generale del disturbo mentale. Dopo una breve introduzione, forniremo una panoramica storica sul ruolo del criterio del danno nelle varie edizioni del DSM. Successivamente si illustrerà la principale obiezione contro l'inclusione del criterio del danno nella definizione generale di disturbo mentale, ossia il problema dei falsi negativi, per poi presentare e discutere ulteriori ragioni – medico-pratiche e concettuali – che depongono a sfavore dell'attribuzione di un forte peso al criterio del danno. In sede conclusiva ribadiamo come la decisione presa dalla task force del DSM-5 di escludere il criterio del danno dalla definizione generale di disturbo mentale debba essere sostenuta.

PAROLE CHIAVE: Danno; Disabilità; Disagio; Disturbo mentale; DSM

**Abstract** “*Harm*” as Criterion for the Definition of Mental Disease in DSM. Some Epistemological Reflections – In this paper, we analyse the harm requirement in the general definition of mental disorder in the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM). This issue has both philosophical and clinical relevance: on the one hand the harm requirement is a normative, value-laden, non-objective component in the definition of mental disorder; on the other hand, the harm requirement has often been defended on the grounds that it prevents an increase in false positives. The issue is also important in assessing the relationship between psychiatry and somatic medicine, more precisely, between the DSM and the International Classification of Diseases (ICD). We argue that there are good reasons not to maintain the harm requirement in the general definition of mental disorder. After a brief introduction, we overview the history of the harm requirement across the various editions of the DSM. Then, we examine the main objection to the inclusion of the harm requirement in the general definition of mental disorder, that is, the problem of false negatives, and also present several other points – both practical and conceptual – that help demonstrate why the harm requirement is inadequate as a definiens of mental disorder. To conclude, we stress that the decision of the DSM-5 task force not to regard the harm requirement as a necessary component of mental disorder should be endorsed.

KEYWORDS: Harm; Disability, Distress; Mental Disorder; DSM

<sup>(α)</sup>Università degli Studi di Genova, Dipartimento di Antichità, Filosofia e Storia, via Balbi, 4 - 16126 Genova (I)

<sup>(β)</sup>Università degli Studi di Milano “Bicocca”, Dipartimento di Psicologia, Piazza dell’Ateneo Nuovo, 1 - 20126 Milano (I)

E-mail: cristina.amoretti@unige.it (✉); elisabetta.lalumera@unimib.it



## Introduzione

IL PROBLEMA DI DEFINIRE CHE cosa sia un disturbo mentale è centrale per la filosofia della psichiatria, che si interroga sui concetti fondamentali della disciplina, ma anche per la psichiatria stessa, che in passato e in parte ancora oggi si appella almeno programmaticamente a tale definizione per giustificare le decisioni di includere, o non includere, una certa sindrome nelle nosologie. La versione più recente del DSM, il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, contiene questa caratterizzazione:

Un disturbo mentale è una sindrome caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a un livello significativo di disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.<sup>1</sup>

In sintesi, disfunzione, disabilità e disagio sono le componenti concettuali del disturbo mentale, ma mentre la disfunzione qui appare come un requisito necessario – una condizione non può essere considerata patologica dal punto di vista psichiatrico se non riflette<sup>2</sup> il malfunzionamento di un qualche sistema del cervello –, il disagio e la disabilità, che nella letteratura sul tema vengono indicati complessivamente con il termine “danno” (*harm*), sono indicate semplicemente come spesso presenti. Non è sempre stato così, e il ruolo del criterio del danno è cambiato attraverso le varie edizioni del DSM, per ragioni storiche, scientifiche e filosofiche. Detto questo, nessuna delle varie edizioni del DSM, per ragioni storiche, contiene una definizione chiara ed esplicita di che cosa si debba intendere per “danno”, se non il riferimento alle sue due componenti di disagio e disabilità. Come vedremo nel seguito, tuttavia, anche le

due componenti di cui sopra non sono definite e il loro significato non è affatto univoco.

In questo contributo intendiamo concentrarci esclusivamente sul criterio del danno, ricostruendo la sua storia nella definizione generale di disturbo mentale e il dibattito che continua a suscitare. La questione è rilevante filosoficamente, perché il danno è una componente normativa e valoriale, non oggettiva: dipende dai valori in base ai quali possiamo giudicare che, per esempio, la tristezza o l'incapacità di lavorare siano dei mali.<sup>3</sup> È inoltre rilevante clinicamente, perché chi ha difeso il criterio del danno ha spesso sostenuto che senza di esso avremmo troppi falsi positivi nelle diagnosi psichiatriche.<sup>4</sup> Infine, conta per la questione socio-sanitaria del rapporto tra la psichiatria e la medicina non psichiatrica e specificamente tra il DSM e l'ICD, la *Classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati*, pubblicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.<sup>5</sup>

La tesi che emergerà dalla nostra ricostruzione del dibattito è che ci siano buone ragioni per *non* mantenere il danno come criterio necessario nella definizione generale di disturbo mentale – e che quindi la decisione di indebolire il ruolo del criterio del danno nell'ultima edizione del DSM sia stata appropriata.

Il contenuto del presente saggio è articolato come segue. Nella seconda sezione forniamo una panoramica storica sul ruolo del criterio del danno nelle varie edizioni del DSM, a partire dal DSM-III (1980) per arrivare a quella odierna, contenuta nel DSM-5 (2013). La terza sezione è dedicata all'analisi della principale obiezione contro l'inclusione del criterio del danno nella definizione generale di disturbo mentale, vale a dire il problema dei falsi negativi. Nella quarta e nella quinta sezione presentiamo e discutiamo alcune ragioni ulteriori, sia medico-pratiche che di analisi filosofica, contro un ruolo forte del criterio del danno. Nella conclusione ribadiamo infine come la decisione presa dalla *task force* del DSM-5, ossia di escludere il criterio del danno dalla definizione generale di disturbo mentale, debba essere sostenuta.

### ■ Il criterio del danno dal DSM-III al DSM-5

A partire dalla terza edizione del DSM (DSM-III, 1980), l'introduzione contiene una definizione esplicita del concetto di disturbo mentale, definizione che viene data in termini classici, vale a dire elencando un certo numero di condizioni individualmente necessarie e congiuntamente sufficienti affinché si dia un disturbo mentale. A un primo sguardo il disturbo mentale sembra essere identificato con una disfunzione dannosa,<sup>6</sup> ma in realtà la questione non è così semplice. Come ha recentemente mostrato Rachel Cooper,<sup>7</sup> la definizione di disturbo mentale contenuta nel DSM ha subito delle modifiche nel corso delle varie edizioni, modifiche che possono sembrare di poco conto, ma che in realtà comportano sostanziali differenze da un punto di vista teorico e concettuale, e possono altresì avere considerevoli ripercussioni da un punto di vista clinico e pratico. In questa sezione ci proponiamo di analizzare brevemente come il requisito del danno sia stato di volta in volta formulato dalle varie *task force* che avevano il compito di rivedere il manuale, cercando di mettere soprattutto in luce come le piccole differenze da una formulazione all'altra siano assai rilevanti da un punto di vista filosofico.

Nel decennio che precede la terza edizione del DSM – gli anni settanta del secolo scorso – l'esigenza di trovare una definizione comunemente accettata di disturbo mentale diventa un problema pressante per almeno due ragioni. In primo luogo, i movimenti LGBT premono fortemente affinché l'omosessualità smetta di essere giudicata un disturbo mentale, per essere considerata invece una mera diversità. In questo clima, nel 1973, il *Board of Trustees* dell'APA vota a favore dell'estromissione dell'omosessualità, decisione ratificata poi l'anno successivo, dopo un referendum allargato fino a coinvolgere tutti i membri dell'associazione. Nella settima ristampa del DSM-II, l'omosessualità *per se* viene così eliminata dall'elenco dei disturbi mentali, per essere sostituita dal disturbo dell'orientamento sessuale,

che va a diagnosticare solo coloro che soffrono per il fatto di essere omosessuali. Affinché tale cambiamento non finisca per sembrare una semplice decisione presa a maggioranza, potersi appoggiare a una definizione condivisa di disturbo mentale, in grado di discriminare condizioni patologiche e non patologiche, risulta in effetti importante. In secondo luogo, negli stessi anni settanta, il movimento anti-psichiatria sta diventando via via più forte, sostenendo che le condizioni etichettate dal DSM come disturbi mentali non siano vere e proprie patologie, quanto piuttosto dei semplici problemi del vivere.<sup>8</sup> Anche in questo caso, poter far riferimento a una definizione generale di disturbo mentale può rivelarsi utile per discriminare i disturbi mentali dai meri problemi del vivere, riuscendo così a ribattere alle obiezioni dei sostenitori dell'anti-psichiatria.

È così che nell'introduzione della terza edizione del DSM, pubblicata nel 1980, viene per la prima volta esplicitata una definizione di disturbo mentale, definizione che come si è detto dovrebbe aiutare a discriminare le condizioni patologiche da quelle non patologiche, orientando le decisioni in fatto di nosologia.

Ogni disturbo mentale è concettualizzato come una sindrome o uno schema comportamentale o psicologico clinicamente significativo, che occorre in un individuo ed è *tipicamente* associato a un sintomo doloroso (disagio) oppure al danneggiamento di una o più aree del funzionamento (disabilità). In aggiunta, vi è l'inferenza che *vi sia* una disfunzione comportamentale, psicologica o biologica.<sup>9</sup>

In questa definizione è evidente come il criterio della disfunzione sia ritenuto necessario per poter avere un disturbo mentale, anche se la presenza della disfunzione può essere anche solo inferita e non identificata in modo esplicito. Di contro, il criterio del danno, il manifestarsi di disagio oppure disabilità, non può essere giudicato necessario, poiché è richiesto che sia solo “tipicamente” associato a un disturbo mentale. In altre parole, l'essere dannoso non è

una caratteristica costitutiva dell'essere un disturbo mentale, ovvero si potrebbe diagnosticare la presenza di un disturbo mentale anche qualora il soggetto non esperisca alcun disagio o disabilità. Sebbene questa definizione sia stata inserita nel DSM-III anche con lo scopo di giustificare l'estromissione dell'omosessualità *per se*, è interessante notare come essa sia in contraddizione con la categoria diagnostica dell'omosessualità ego-distonica, che nella terza edizione del manuale va a sostituire il precedente disturbo dell'orientamento sessuale, ma sempre con l'idea che si possano diagnosticare come malati solo coloro che soffrono per il fatto di essere omosessuali. È infatti solo nel 1987, con l'edizione rivista del DSM-III, ovvero con il DSM-III-R, che anche l'omosessualità ego-distonica viene eliminata dall'elenco dei disturbi mentali. Contestualmente, anche la definizione di disturbo mentale subisce però una significativa variazione. Stando al DSM-III-R (1987) infatti:

Ogni disturbo mentale è concettualizzato come una sindrome o uno schema comportamentale o psicologico clinicamente significativo, che si verifica in una persona ed è *associato* a un presente disagio (un sintomo doloroso) o disabilità (un danneggiamento di una o più aree del funzionamento) oppure a un rischio significativamente elevato di morire, esperire pena, disabilità o un'importante perdita di libertà. [...] Qualunque sia la sua causa originaria, un disturbo mentale *deve essere attualmente considerato* la manifestazione di una disfunzione comportamentale, psicologica, o biologica nella persona.<sup>10</sup>

Tale definizione – che resta sostanzialmente invariata anche nel DSM-IV (1994) e nel DSM-IV-TR (2000) – apporta un cambiamento assai importante al concetto di disturbo mentale. Affermando che un disturbo mentale “è associato” a disagio o disabilità o comunque a un elevato rischio di disagio o disabilità, essa sancisce la necessità del criterio del danno: non si può in alcun modo dia-

gnosticare la presenza di un disturbo mentale a meno che il soggetto non esperisca un qualche disagio o disabilità o non vi sia un elevato rischio che le esperirà in futuro. In altre parole, tanto il criterio della disfunzione quanto quello del danno sono qui concettualmente collegati alla nozione di disturbo mentale.

Come nota Cooper<sup>11</sup> ciò che spinge verso un tale cambiamento non sarebbe però l'esigenza di stabilire una linea di demarcazione il più possibile netta tra disturbi mentali e mere differenze biologiche (come nel caso dell'omosessualità), quanto piuttosto quella di determinare il valore soglia tra condizioni normali e patologiche (per esempio: tra la tristezza e la depressione, tra la timidezza e la fobia sociale, tra il bere molto e l'alcolismo). A tal fine il criterio del danno è pensato essere in grado di sopperire all'assenza di marker biologici o di altri criteri, clinicamente significativi e largamente riconosciuti, per misurare la severità dei sintomi. Questo punto è dichiarato esplicitamente nell'introduzione del DSM-5:

Tuttavia, in assenza di marker biologici o di misure clinicamente utili per la gravità per molti disturbi mentali, non è stato possibile separare completamente la manifestazione normale dei sintomi da quella patologica contenuta nei criteri diagnostici. [...] Di conseguenza è stato usato un generico criterio diagnostico che richiede disagio o disabilità per stabilire le soglie del disturbo, solitamente espresse con le parole “il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.”<sup>12</sup>

Avere una definizione generale di disturbo mentale in cui il criterio del danno sia considerato necessario, tuttavia, sembra generare anche alcuni problemi piuttosto rilevanti. Per esempio, non si potrebbero più diagnosticare disturbi come i tic (il disturbo di Tourette o vari altri tic motori o vocali), poiché nella maggior parte dei casi essi non sembrano recare danno al soggetto, sotto

forma di disagio o disabilità.<sup>13</sup> Sul problema dei falsi negativi torneremo nella terza sezione. Per il momento è sufficiente notare come il DSM-5, pubblicato nel 2013, compia un passo indietro concettualmente rilevante, declassando ancora il criterio del danno, che da requisito necessario torna a essere una caratteristica che è presente solo comunemente. La definizione è infatti la seguente:

Un disturbo mentale è una sindrome caratterizzata da un’alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono *solitamente* associati a un livello significativo di disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.<sup>14</sup>

Come abbiamo già avuto modo di vedere, ciò significa che una certa condizione può essere correttamente giudicata un disturbo mentale anche nel caso in cui non produca alcun danno, né disagio né disabilità. Questo accade sia a livello di *token* di disturbi mentali sia a livello di *type*. Da una parte, certe particolari “occorrenze” di un disturbo mentale possono essere legittimamente diagnosticate come tali anche nel caso in cui il singolo individuo che ne è affetto non esperisca alcun disagio o disabilità. Per esempio, una diagnosi di schizofrenia può essere fatta anche nel caso in cui il soggetto sia contento di avere deliri e allucinazioni, o una diagnosi di alcolismo nel caso in cui il soggetto sia perfettamente funzionale in ambito sociale, familiare e lavorativo. Dall’altra parte, certi “tipi” di disturbo mentale, intesi come categorie diagnostiche generali, possono essere legittimamente considerati come patologici anche nel caso in cui siano intrinsecamente non dannosi, non producendo alcun disagio o disabilità. Per esempio, sarebbe questo il caso dei vari tic cui si è accennato in precedenza.

Per riassumere, l’attuale definizione di di-

sturbo mentale contenuta nel DSM-5 identifica i disturbi mentali con delle sindromi – vale a dire, degli insiemi di segni e sintomi clinicamente significativi – che siano causate da disfunzioni nei processi psicologici, biologici o evolutivi (requisito della disfunzione, giudicato necessario) e siano tipicamente associate a un livello significativo di disagio o disabilità (requisito del danno, giudicato *non* necessario).

### ■ Il problema dei falsi negativi

Come si è brevemente accennato nella sezione precedente, una delle principali ragioni per non includere il criterio del danno nella definizione generale di disturbo mentale è che tale inclusione può facilmente portare a dei falsi negativi. Si tratta di casi in cui un certo individuo è scorrettamente diagnosticato come privo di un disturbo mentale, quando invece lo ha (a livello di *token*), oppure quando una certa condizione è scorrettamente giudicata come un *non* disturbo mentale quando invece lo è (a livello di *type*). In questi casi l’errore non sarebbe dovuto a una scorretta applicazione dei criteri diagnostici né all’ignoranza degli stessi da parte del clinico o del ricercatore, bensì all’inadeguatezza intrinseca dei criteri stessi.<sup>15</sup>

Il punto che ci interessa è che molti di questi falsi negativi derivano appunto dal criterio del danno, in particolare dalla componente del disagio. Mentre il disagio, come si è avuto modo di accennare, è una componente essenziale della fenomenologia di disturbi quali la depressione maggiore o il disturbo d’ansia generalizzato, esso è chiaramente assente in disturbi quali il disturbo narcisistico della personalità o il disturbo della personalità istrionica.<sup>16</sup> È quindi evidente che se il requisito del disagio fosse reso necessario tra i criteri che caratterizzano la definizione generale di disturbo mentale, le due ultime condizioni sovraccitate non potrebbero essere classificate come disturbi mentali. Similmente, spostandoci dal livello dei *type* a quello dei *token*, uno schizofrenico che non sia turbato dai propri deliri e allucinazioni (perché, per esempio, stimolano la sua creatività artistica) non potrebbe

ricevere una diagnosi di schizofrenia e, più in generale, molte persone non potrebbero ricevere una diagnosi di disturbo mentale e di conseguenza essere curate.

Considerazioni analoghe a quelle appena trattate circa la nozione di disagio possono essere avanzate anche per la seconda componente concettuale del criterio del danno, ovvero la disabilità. Anche in questo caso si pone il problema dei falsi negativi. Mentre disturbi come la schizofrenia, il disturbo bipolare di tipo I o la depressione maggiore sono altamente disabilitanti, ve ne sono altri che, almeno per il soggetto, possono non esserlo affatto. Basti pensare, per esempio, ai vari tic o a certe parafilie, che sono tutti perfettamente compatibili con il fatto di avere e mantenere un lavoro, relazioni amicali e sentimentali e altre tipologie di relazioni sociali. Anche coloro che abusano di alcol in modo massiccio possono essere per certi periodi altamente funzionali, non mostrando quindi alcuna disabilità.<sup>17</sup> Come si è già visto per la componente del disagio, tutti questi esempi mostrano che se il requisito della disabilità fosse reso necessario tra i criteri che caratterizzano la definizione generale di disturbo mentale, molte persone non potrebbero ricevere una diagnosi di disturbo mentale e di conseguenza essere curate. Similmente, spostandoci dal livello dei *token* a quello dei *type*, molte condizioni non potrebbero essere classificate come disturbi mentali.

Alcuni studiosi hanno però dato una lettura opposta di casi analoghi, identificandoli con dei falsi positivi, non con dei falsi negativi (di nuovo, sia a livello di *token* sia a livello di *type*). Rachel Cooper,<sup>18</sup> per esempio, ha recentemente argomentato a favore dell'inclusione del criterio del danno come requisito necessario nella definizione generale di disturbo mentale (e, più in generale, di malattia). A suo avviso, il criterio del danno deve essere considerato necessario per avere un disturbo mentale (o una malattia), poiché un individuo che abbia una disfunzione mentale (o fisica) che non gli causi alcun disagio o disabilità – «un

particolare individuo “sintomatico” ma fiorente [*flourishing*]»<sup>19</sup> – non dovrebbe essere diagnosticato come avente un disturbo mentale (una malattia). Considerando gli esempi portati poco sopra, Cooper direbbe che «la stessa condizione può essere patologica per una persona, ma non per un'altra. Lo schizofrenico per cui è una buona cosa essere schizofrenico non è malato, mentre un altro schizofrenico per cui è una cosa cattiva lo è».<sup>20</sup>

Cooper ha ovviamente ragione nel constatare che un particolare individuo potrebbe non esperire alcun disagio o disabilità nell'avere condizioni quali il disturbo narcisistico di personalità, il disturbo erettile o anche la schizofrenia. Ciò tuttavia non implica che tale individuo non abbia un disturbo mentale. Anzi, tale conclusione appare fortemente contro-intuitiva, specialmente se ci si sposta dal piano dei disturbi mentali a quello delle malattie somatiche. Si pensi, per esempio, a condizioni come la sterilità, per qualcuno che non desidera avere figli, o l'epilessia, per qualcuno che valuti positivamente il fatto di avere convulsioni improvvise, o la tubercolosi, per qualcuno che la ritenga desiderabile e vantaggiosa da un punto di vista esistenziale. Per quanto possa sembrare assurdo, questo potrebbe essere il caso di Hans Castorp, protagonista della *Montagna incantata* di Thomas Mann, che, ricoverato in un sanatorio, non prova alcun disagio all'idea di avere la tubercolosi.<sup>21</sup> Detto ciò, non possiamo certo concludere che la tubercolosi di Castorp non sia una malattia né che Castorp non sia malato, solo perché non prova disagio per averla contratta. Considerando il tasso di mortalità di tale condizione e ciò che conosciamo delle sue cause e dei suoi effetti sul corpo umano, una conclusione simile sarebbe inaccettabile.

Un caso simile, declinato sul disturbo mentale, è stato discusso da Bill Fulford in alcuni suoi scritti.<sup>22</sup> Simon, un avvocato di religione battista, deve affrontare una denuncia da parte dei propri colleghi. Una sera si ritira in preghiera e successivamente nota che la candela accesa vicino alla sua bibbia ha lasciato

un alone su alcune parole. Simon interpreta questo fatto come un messaggio di Dio – ma la sua comunità religiosa di riferimento non conferma questa interpretazione. Simon, secondo Fulford, presenta i sintomi delusionali della schizofrenia; nondimeno, a partire da questo episodio, egli migliora la sua autostima, e la condizione delusionale lo rende più abile (anziché disabile) sul lavoro, tanto che vince la causa e riconquista una carriera di successo. La condizione di Simon è o non è un disturbo mentale? Riteniamo di sì, anche se contingentemente non lo danneggia.

Tornando a Cooper, crediamo che non sia corretto sostenere che la stessa condizione possa essere un disturbo mentale (o una malattia) per un particolare individuo, ma non per un altro, bensì che si debba ammettere che lo stesso disturbo mentale (o la stessa malattia) possa essere dannoso per un particolare individuo, ma non per un altro. In questo modo, si riconosce semplicemente che una stessa condizione patologica – sia essa un disturbo mentale o una malattia somatica – può non arrecare alcun disagio o disabilità a particolari individui che ne sono affetti.

Considerazioni simili a quelle appena esposte ci sembrano inoltre valere non solo al livello di *token* di disturbi mentali, ma anche a livello di *type*. Immaginiamo che tutte le persone affette da tubercolosi si trovino nella stessa situazione esistenziale di Castorp, non provando disagio per il fatto di avere la tubercolosi. Detto questo, anche ammettendo che tutti i soggetti affetti da tubercolosi non provino alcun disagio o disabilità, non possiamo certo concludere che la tubercolosi, considerata come categoria diagnostica generale, non sia una malattia. Di nuovo, considerato ciò che sappiamo delle cause e degli effetti di tale condizione, sarebbe assai implausibile negare che la tubercolosi sia una malattia. Similmente, dal mero fatto che condizioni quali il disturbo di Tourette o il disturbo narcisistico della personalità, in generale, non siano di per sé dannose, non provocando disagio o disabilità, non possiamo concludere che non si tratti di disturbi mentali.

### ■ Altre ragioni contro il criterio del danno: disabilità

Mettendo da parte il problema dei falsi negativi, vi sono altre buone ragioni per non considerare il criterio del danno necessario per avere un disturbo mentale. Per cominciare, concentriamoci sulla componente della disabilità. Nell'analisi adottata dalla medicina somatica, e in particolare dall'ICD-10, una delle caratteristiche principali di tale concetto è quella di essere una condizione relazionale e contestuale, che può variare sensibilmente a seconda dell'ambiente in cui si vive.<sup>23</sup> In questa accezione, la disabilità è una conseguenza della malattia, non una parte della definizione di malattia.<sup>24</sup> Un individuo può quindi essere o non essere in una condizione di disabilità a seconda di dove vive, lavora e, in generale, del contesto in cui si trova ad agire. Un bambino non vedente, per esempio, può avere un'esperienza di marcata disabilità in un sistema scolastico in cui non esistano adatte facilitazioni per l'apprendimento, bensì avere un percorso scolastico pienamente soddisfacente in altri ambienti, dove tali facilitazioni siano fornite. Questa è l'idea dietro al modello sociale della disabilità, che sottolinea appunto come la società possa essere determinante nelle potenzialità d'azione dei soggetti, e non solo la loro effettiva condizione fisica.

Anche i disturbi mentali sono contestualmente disabilitanti.<sup>25</sup> La dislessia è di certo assai limitante per bambini che vivano in contesti disagiati, in cui non vi siano le risorse per sostenere adeguatamente il loro apprendimento, mentre non sembra esserlo affatto per bambini che siano convenientemente aiutati e sostenuti nel loro apprendimento. In generale, il grado di disabilità che si può esperire dipende molto dallo status sociale ed economico di un individuo, dalla sua condizione familiare e occupazionale, dalle sue ambizioni, eccetera. Ma come nel caso della medicina somatica, in cui la disabilità è appunto una conseguenza della malattia, non una sua componente, così sembra più opportuno che anche per il disturbo mentale la disabilità venga

separata dal concetto stesso di disturbo.

Durante la stesura del DSM-5, l'esigenza di tenere separati il concetto di disturbo mentale da quello di disabilità è stata ribadita con forza dall'*Impairment and Disability Assessment Study Group*, che ha infatti proposto di eliminare qualsiasi riferimento a disagio e disabilità, non solo dalla definizione generale di disturbo mentale, ma anche dai singoli criteri diagnostici. A loro avviso occorre infatti non confondere disturbo mentale e disabilità, così come non sono confusi menomazione e disabilità. Se la menomazione (per esempio, non avere le gambe) è un fatto biologico, la disabilità (per esempio, non poter salire le scale o prendere l'autobus) si riferisce ai problemi che l'individuo menomato esperisce quotidianamente a causa del contesto sociale in cui vive.<sup>26</sup> Individui con la stessa menomazione possono quindi esperire diversi gradi di disabilità, o nessuna disabilità, a seconda dell'ambiente in cui si trovano. Similmente, individui diversi potrebbero essere diagnosticati avere lo stesso disturbo mentale, ma esperire diversi gradi di disabilità, o nessuna disabilità, a causa di differenze ambientali. Distinguere il concetto di disabilità da quello di disturbo mentale è quindi assai importante, non solo perché contribuisce a incrementare la chiarezza concettuale, ma anche perché aiuta a distinguere i casi in cui sia necessario un intervento medico da quelli in cui sia invece opportuno apportare dei cambiamenti appropriati all'ambiente dell'individuo.<sup>27</sup>

Anche alla luce delle considerazioni appena svolte sull'opportunità di distinguere tra disabilità e disturbo mentale (o malattia), si può dire che un'ulteriore ragione per non considerare necessario il criterio del danno sia che ciò contribuirebbe a distanziare ulteriormente la psichiatria dalle altre specialità mediche. Che il concetto generale di malattia debba riflettere l'uso che se ne fa in medicina somatica e che la psichiatria debba aspirare ad avvicinarsi alla medicina somatica, sono certamente due affermazioni controverse e assai contestate. È tuttavia possibile difenderle con buone ragioni, che riguardano aspetti prevalentemente teori-

ci,<sup>28</sup> la pratica della ricerca psichiatrica,<sup>29</sup> nonché questioni di assistenza sanitaria.<sup>30</sup> Nel presente articolo non c'è purtroppo modo di esaminare e discutere tali importanti questioni. Basterà tuttavia dire che, se ammettiamo l'opportunità che il concetto di malattia rifletta l'uso della medicina somatica, e che la psichiatria si avvicini alla medicina somatica, allora abbiamo anche un'ulteriore ragione per escludere il criterio del danno dalla definizione generale di disturbo mentale.

### ■ Altre ragioni contro il criterio del danno: disagio

Nella medicina somatica non solo la disabilità, ma anche il disagio non è considerato necessario per qualificare una certa condizione come malattia. Si può pensare, per esempio, a malattie asintomatiche come l'ipertensione o a malattie di scarso impatto globale, come piccole eruzioni cutanee o irritazioni. Consideriamo però una malattia asintomatica come un cancro al primo stadio, che non provoca disagio o disabilità: se si imponesse il criterio del danno come condizione necessaria affinché si dia malattia, tale condizione non potrebbe essere considerata patologica, prevenendo così la possibilità di curare e salvare molti pazienti. Un ragionamento simile può essere facilmente esteso anche ai disturbi mentali.

Ovviamente, tenere in considerazione il disagio e la disabilità esperiti dai singoli pazienti diventa importante quando ci spostiamo dal piano metafisico e concettuale (la condizione X deve essere considerata un disturbo mentale o no) a quello diagnostico (la condizione X deve essere diagnosticata o no) e terapeutico (la condizione X deve essere trattata medicalmente o no).<sup>31</sup> E tuttavia il fatto che disagio o disabilità debbano essere tenuti in considerazione quando si tratta di decidere se diagnosticare o meno un certo disturbo mentale, o se intervenire o meno in modo terapeutico, non significa che essi debbano influenzare il giudizio quando si tratta di stabilire – da un punto di vista teorico e metafisico – se una certa condizione sia o meno

un disturbo mentale. Come ha messo bene in evidenza Christopher Boorse,<sup>32</sup> occorre tenere distinte tre coppie di concetti: (i) la salute e il disturbo mentale (o, in generale, la malattia); (ii) la normalità e l'anormalità clinica; (iii) la normalità e l'anormalità terapeutica. Tale distinzione incrementa notevolmente la chiarezza concettuale, permettendo di prevenire la sovradiagnosi e i trattamenti medici eccessivi, senza rinunciare a una nozione teoreticamente “pulita” di disturbo mentale.

Soffermandoci ancora sulla componente del disagio, vediamo come questa presenti ulteriori problemi concettuali che ne sconsigliano il ruolo di *definiens*. Innanzitutto, non esistono definizioni di disagio nel DSM e nemmeno nell'ICD. In entrambe le classificazioni, così come nella letteratura scientifica sui disturbi specifici, il concetto viene usato con una gamma di significati che vanno da preoccupazione e ansia a tristezza e disperazione, e che appartengono all'area semantica della sofferenza emotiva. Nei criteri diagnostici del DSM il termine “disagio” è spesso accompagnato da avverbi come “ clinicamente significativo”, “eccessivo” o “marcato”, mostrando che si tratta di un costrutto dimensionale (con valori che variano lungo un continuo), che però nella definizione generale – ovviamente, in quella che ne davano il DSM-III-R, DSM-IV e DSM-IV-TR, laddove il criterio del danno era considerato necessario – era presentato senza qualificazione, cioè come un costrutto categoriale, del tipo sì/no.<sup>33</sup> Già queste considerazioni sono di per sé buone ragioni per non mantenere il concetto di disagio – perlomeno nella formulazione che era fornita dalle tre precedenti edizioni del manuale – nella definizione generale di disturbo mentale, o quantomeno segnalano la sua problematicità. Un altro problema è quello di distinguere il disagio come sintomo o addirittura come caratteristica centrale di un disturbo – come l'ansia per il disturbo d'ansia generalizzato o la depressione per la depressione maggiore – e il disagio come effetto o reazione normale a una situazione ambientale o a un evento infausto.<sup>34</sup> Una delle critiche più note al DSM è quella di

aver “medicalizzato” normali problemi del vivere, come la perdita di una persona cara o di una situazione occupazionale.<sup>35</sup> E tuttavia adottare un criterio generale per la normalità della sofferenza emotiva è evidentemente difficile. Ci sono casi abbastanza chiari: intuitivamente diremmo che i sintomi di tristezza e ansia di una popolazione che subisce una guerra o un terremoto siano normali. Che dire della perdita di un lavoro, della sconfitta in una gara sportiva per un atleta professionista o della fine di una relazione sentimentale? La soluzione adottata nella classificazione corrente è che il disagio conti come sintomo di disturbo solo se eccede la soglia di appropriatezza implicita nella cultura di appartenenza, in termini di durata e intensità, tenendo conto quindi della variazione transculturale. Tuttavia, sia la soglia sia la deviazione da essa sono evidentemente grandezze difficili da identificare e misurare, e restano relativizzate al giudizio soggettivo del clinico. Dal punto di vista psicometrico l'autovalutazione del disagio dipende dallo strumento adottato, e ne esistono diversi in psicologia clinica.<sup>36</sup> D'altra parte, altri autori sostengono che, dal punto di vista della validità empirica, la sofferenza emotiva di una depressione endogena e quella provocata da situazioni di vita avverse siano indistinguibili, e dovrebbero quindi essere trattate clinicamente allo stesso modo.<sup>37</sup>

Possiamo dunque affermare che il dibattito sul ruolo del disagio mostra l'inadeguatezza di tale costrutto come *definiens* del concetto generale di disturbo mentale, perlomeno finché non si sia raggiunto un consenso teoricamente accettabile sulla caratterizzazione e misurazione del disagio, e purché si voglia che la definizione generale di disturbo mentale possa contribuire a discriminare tra le condizioni patologiche e quelle che non lo sono.

## ■ Brevi conclusioni

Un'ultima considerazione a favore dell'eliminazione del criterio del danno dalla definizione generale di disturbo mentale riguarda l'aspetto relazionale irrisolto della

nozione stessa di danno, che può essere in effetti declinata in numerosi modi. Per esempio, si può intendere il danno subito dal paziente (come nel caso della depressione maggiore) oppure quello subito dalle persone che gli sono accanto (come nel caso della piromania). O ancora, si può intendere il danno così come è valutato dal paziente (come nel caso del disturbo erettile) o dallo psichiatra (come nel caso dei disturbi dello spettro autistico). Inoltre, il criterio del danno può servire a diversi scopi: distinguere differenze biologiche da disturbi mentali (come nel caso della disforia di genere), separare in un *continuum* condizioni normali e patologiche (come nel caso del disturbo d'ansia generalizzato), o identificare quali siano le occorrenze di un disturbo mentale da diagnosticare e curare (come del caso del disturbo ipoattivo del desiderio sessuale). La pluralità dei modi in cui il criterio del danno può essere esplicitato contribuisce ulteriormente a renderlo inadatto a figurare come *definiens* in una definizione generale di disturbo mentale, dal momento che una tale definizione dovrebbe inevitabilmente arrivare a contenere una elevato numero di disgiunti.<sup>38</sup>

In conclusione, il DSM-5 ha indebolito il criterio del danno nella caratterizzazione definitoria del concetto generale di disturbo mentale: a differenza di quanto accadeva nel DSM-III-R, DSM-IV e DSM-IV-TR, non è più necessario che una certa condizione apporti danno, per essere una psicopatologia. In questo contributo abbiamo difeso la scelta adottata nel DSM-5, esponendo in dettaglio alcune ragioni filosofiche e altre scientifico-pratiche contro il criterio del danno, nelle sue componenti di disagio e disabilità. Come si è detto, proprio riflettendo su queste due componenti, si nota che il loro uso come criteri per definire il concetto generale di disturbo mentale crea più problemi di quanti non ne possa risolvere – in termini di falsi negativi e di incongruenze concettuali. Certamente non intendiamo negare che il disturbo mentale crei potenzialmente disagio o disabilità, e che come tale sia una condizione di cui avere cura –

quello che abbiamo negato è solo l'opportunità di adottare una definizione del concetto generale di disturbo mentale che includa il criterio del danno. Riteniamo altresì plausibile che nei criteri diagnostici dei singoli disturbi mentali la valutazione del disagio e della disabilità funga da soglia per determinare la significatività clinica, in attesa di avere biomarkers oggettivi che, per la maggior parte dei disturbi mentali, sono ancora ben lontani dall'essere trovati. E tuttavia lo sviluppo di quest'ultimo punto esula dagli scopi del presente articolo.<sup>39</sup>

## Note

<sup>1</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition: DSM-5, American Psychiatric Publishing, Washington 2013, p. 20 (trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Quinta edizione, DSM-5, a cura di M. BIONDI Raffaello Cortina, Milano 2014, p. 22 - corsivi nostri).

<sup>2</sup> Non è chiaro che cosa significhi "riflettere" una disfunzione: sostanzialmente si lasciano aperte diverse opzioni metafisiche, tra cui almeno queste: che il disturbo mentale sia identico alla disfunzione, e quindi manifestato dalla sindrome, oppure che il disturbo mentale sia la sindrome, e venga causato dalla disfunzione. Inoltre, il concetto di disfunzione è ambiguo, perlomeno tra una lettura evolucionista e una biostatistica (M.C. AMORETTI, *The Concept of Mental Disorder: Between Definitions and Prototypes*, in: «Medicina & Storia», vol. XVI, n. 9-10, 2016, pp. 57-74; M.C. AMORETTI, E. LALUMERA, *A Potential Tension in DMS-5: The General Definition of Mental Disorder vs. Some Specific Diagnostic Criteria*, in: «The Journal of Medicine and Philosophy», 2018, online first doi: 10.1093/jmp/jhy001). In generale la definizione di disturbo mentale contiene termini vaghi o semanticamente indeterminati (E. LALUMERA, *Applicare la filosofia del linguaggio alla psichiatria attraverso la filosofia del diritto: Hare e il DSM-5*, in: «Diritto e Questioni Pubbliche», vol. XVIII, n. 1, 2018, pp. 313-321). Tralasciando le questioni della disfunzione e della generale vaghezza della definizione di disturbo mentale, ci occuperemo qui, per ovvi motivi di spazio, solo del criterio del danno.

<sup>3</sup> Cfr. M.C. AMORETTI, *Medicina e filosofia. Pensa-*

re la salute e la malattia, Carocci, Roma 2015; J.C. WAKEFIELD, *The Concept of Mental Disorder. On the Boundary between Biological Facts and Social Values*, in: «American Psychologist», vol. XLVII, 1992, pp. 373-388.

<sup>4</sup> Cfr. R.V. COOPER, *Avoiding False Positives: Zones of Rarity, the Threshold Problem, and the DSM Clinical Significance Criterion*, in: «The Canadian Journal of Psychiatry», vol. LVIII, n. 11, 2013, pp. 606-11; R.V. COOPER, *Must Disorders Cause Harm? The Changing Stance of the DSM*, in: S. DEMAZEUX, P. SINGY (eds.), *The DSM-5 in Perspective: Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel*, Springer, Dordrecht 2015, pp. 83-96; R. SPITZER, J. WAKEFIELD, *DSM-IV Diagnostic Criterion for Clinical Significance: Does It Help Solve the False Positives Problem?*, in: «American Journal of Psychiatry», vol. CLVI, n. 12, 1999, pp. 1856-1864.

<sup>5</sup> Cfr. B. USTÜN, C. KENNEDY, *What is “Functional Impairment”? Disentangling Disability from Clinical Significance*, in: «World Psychiatry», vol. VIII, n. 2, 2009, pp. 82-85; WORLD HEALTH ORGANIZATION, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*, World Health Organization, Geneva 1993.

<sup>6</sup> Cfr. J.C. WAKEFIELD, *The Concept of Mental Disorder*, cit.

<sup>7</sup> Cfr. R.V. COOPER, *Must Disorders Cause Harm?*, cit.

<sup>8</sup> Cfr. T. SZASZ, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Hoeber-Harper, New York 1961.

<sup>9</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, DSM-III*, American Psychiatric Association, Washington 1980, p. 6 - traduzione e corsivi nostri.

<sup>10</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised, DSM-III-R*, American Psychiatric Association, Washington 1987, p. xxii - traduzione e corsivi nostri.

<sup>11</sup> Cfr. R.V. COOPER, *Must Disorders Cause Harm?*, cit.

<sup>12</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition: DSM-5*, cit., p. 21 (trad. it. p. 23).

<sup>13</sup> Cfr. D. COMINGS, *DSM-IV Criteria for Tourette's*, in: «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», vol. XXXIV, n. 4, 1995, pp. 401-402; R. FREEMAN, D. FAST, M.

KENT, *DSM-IV Criteria for Tourette's*, in: «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», vol. XXXIV, n. 4, 1995, pp. 400-401.

<sup>14</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition: DSM-5*, cit., p. 20 (trad. it. p. 22).

<sup>15</sup> Cfr. R. SPITZER, J. WAKEFIELD, *DSM-IV Diagnostic Criterion for Clinical Significance*, cit., p. 1857.

<sup>16</sup> Cfr. J.D. MILLER, W.K. CAMPBELL, P.A. PILKONIS, *Narcissistic Personality Disorder: Relations with Distress and Functional Impairment*, in: «Comprehensive Psychiatry» vol. XLVIII, n. 2, 2007, pp. 170-177. Il narcisismo, per usare un altro tipo di vocabolario, può essere infatti *egosintonico*. I concetti di egosintonia ed egodistonia non figurano nel DSM-5, e non sono quindi parte della nostra trattazione. Tuttavia, il fatto stesso che la psicologia clinica riconosca condizioni che sono al tempo stesso patologiche ed egosintoniche rafforza il nostro punto, ovvero che il criterio del danno non debba essere definitorio. Ringraziamo un revisore anonimo per il suggerimento.

<sup>17</sup> Cfr. W. NARROW, E. KUHL, *Clinical Significance and Disorder Thresholds in DSM-5. The Role of Disability and Distress*, in: D.A. REGIER, W.E. NARROW, E.A. KUHL, P.D. KUPFER, D.J. KUPFER (eds.), *The Conceptual Evolution of DSM-5*, American Psychiatric Publishing, Washington 2011, pp. 147-162.

<sup>18</sup> Cfr. R.V. COOPER, *Disease*, in: «Studies in History and Philosophy of Biomedical Sciences», vol. XXXIII, n. 2, 2002, pp. 263-282; R.V. COOPER, *Must Disorders Cause Harm?*, cit.

<sup>19</sup> R.V. COOPER, *Must Disorders Cause Harm?*, cit., p. 91.

<sup>20</sup> R.V. COOPER, *Disease*, cit., p. 274.

<sup>21</sup> Cfr. T. MANN, *Der Zauberberg*, S. Fisher Verlag, Berlin 1924 (trad. it. *La montagna incantata*, traduzione di E. POCAR, Mondadori, Milano 1965).

<sup>22</sup> Cfr. K.W.M. FULFORD, *Neuroscience and Values: A Case Study Illustrating Developments in Policy, Training and Research in the UK and Internationally*, in: «Mens Sana Monographs», vol. IX, n. 1, 2011, pp. 79-92; K.W.M. FULFORD, G. STANGHELLINI, *The Third Revolution: Philosophy into Practice in Twenty-first Century Psychiatry*, in: «Dialogues in Philosophy, Mental and Neurosciences», vol. I, n. 1, 2008, pp. 5-14. Ringraziamo un revisore anonimo per questo suggerimento.

<sup>23</sup> Cfr. B. USTÜN, C. KENNEDY, *What is “Functional Impairment”?*, cit., p. 82; N. SARTORIUS, *Disa-*

bility and Mental Illness are Different Entities and Should be Assessed Separately, in: «World Psychiatry», vol. VIII, n. 2, 2009, p. 86.

<sup>24</sup> Cfr. C. BOORSE, *Disability and Medical Theory*, in: D.C. RALSTON, J. HO (eds.), *Philosophical Reflections on Disability*, Springer, Dordrecht 2010, pp. 55-88.

<sup>25</sup> Cfr. AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES, *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Support*, American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, Washington 2010; L.H. GOLD, *DSM-5 and the Assessment of Functioning: The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)*, in: «Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online», vol. XLII, n. 2, 2014, pp. 173-181.

<sup>26</sup> Cfr. M. OLIVER, *Defining Impairment and Disability. Issues at Stake*, in: C. BARNES, G. MERCER (eds.), *Exploring the divide*, The Disability Press, Leeds 1996, pp. 29-54.

<sup>27</sup> Cfr. N. SARTORIUS, *Disability and Mental Illness are Different Entities and Should be Assessed Separately*, cit., p. 85.

<sup>28</sup> Cfr. C. BOORSE, *What a Theory of Mental Health Should Be*, in: «Journal for the Theory of Social Behaviour», vol. VI, n. 1, 1976, pp. 61-84; C. BOORSE, *A Rebuttal on Health*, in: J.M. HUMBER, R.F. ALMEDER (eds.), *What Is Disease?*, Humana Press, Totowa 1997, pp. 1-134; C. BOORSE, *A Second Rebuttal on Health*, in: «Journal of Medicine and Philosophy» vol. XXXIX, n. 6, 2014, pp. 683-724; D. MURPHY, *Conceptual Foundations of Biological Psychiatry*, in: F. GIFFORD (ed.), *Philosophy of Medicine*, Elsevier, Amsterdam 2011, pp. 425-451.

<sup>29</sup> Cfr. T.R. INSEL, *The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Project: Precision Medicine for Psychiatry*, in: «American Journal of Psychiatry» vol. CLXXI, n. 4, 2014, pp. 395-397.

<sup>30</sup> Cfr. B. USTÜN, C. KENNEDY, *What is "Functional Impairment"?*, cit.

<sup>31</sup> Cfr. D. BOLTON, *Overdiagnosis Problems in the DSM-IV and the New DSM-5: Can They Be Resolved by the Distress-Impairment Criterion?*, in: «The Canadian Journal of Psychiatry», vol. LVIII, n. 11, 2013, pp. 612-617.

<sup>32</sup> Cfr. C. BOORSE, *A Rebuttal on Health*, cit.

<sup>33</sup> Cfr. M.R. PHILLIPS, *Is Distress a Symptom of Mental Disorders, a Marker of Impairment, Both or Neither?*, in: «World Psychiatry», vol. VIII, n. 2, 2009, pp. 91-92.

<sup>34</sup> Cfr. K.S. KENDLER, J. MYERS, S. ZISOOK, *Does Bereavement-Related Major Depression Differ from Major Depression Associated with Other Stressful Life Events?*, in: «American Journal of Psychiatry», vol. CLXV, n. 11, 2008, pp. 1449-1455; J.C. WAKEFIELD, *Should Prolonged Grief Be Reclassified as a Mental Disorder in DSM-5? Reconsidering the Empirical and Conceptual Arguments for Complicated Grief Disorder*, in: «The Journal of Nervous and Mental Disease», vol. CC, n. 6, 2012, pp. 499-511.

<sup>35</sup> Cfr. A.V. HORWITZ, J.C. WAKEFIELD, *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*, Oxford University Press, Oxford 2007.

<sup>36</sup> Cfr. A. DRAPEAU, A. MARCHAND, D. BEAULIEU-PRÉVOST, *Epidemiology of Psychological Distress*, in: L. L'ABATE (ed.), *Mental Illnesses- Understanding, Prediction And Control*, InTech Open, 2012, pp. 105-134, doi: 10.5772/30872.

<sup>37</sup> Cfr. K.S. KENDLER, J. MYERS, S. ZISOOK, *Does Bereavement-Related Major Depression Differ from Major Depression Associated with Other Stressful Life Events?*, cit.

<sup>38</sup> Cfr. M.C. AMORETTI, E. LALUMERA, *The DSM-5 Definition of Mental Disorder: Some Notes on the Harm Requirement*, manoscritto.

<sup>39</sup> Le due autrici hanno contribuito in uguale misura all'elaborazione dell'intero articolo. Maria Cristina Amoretti ha redatto le sezioni 2 e 4, Elisabetta Lalumera ha redatto le sezioni 3 e 5, mentre le sezioni 1 e 6 sono state scritte assieme.