

MEDICINA NEI SECOLI  
ARTE E SCIENZA



I LIBRI CHE HANNO FATTO  
LA STORIA DELLA MEDICINA

*Autori vari*



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ EDITRICE

Copyright © 2016

**Sapienza Università Editrice**

Piazzale Aldo Moro 5 – 00185 Roma

[www.editricesapienza.it](http://www.editricesapienza.it)

[editrice.sapienza@uniroma1.it](mailto:editrice.sapienza@uniroma1.it)

ISBN 978-88-98533-97-8

Iscrizione Registro Operatori Comunicazione n. 11420

La traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione con qualsiasi mezzo (compresi microfilm, film, fotocopie), nonché la memorizzazione elettronica, sono riservati per tutti i Paesi. L'editore è a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare, per eventuali involontarie omissioni o inesattezze nella citazione delle fonti e/o delle foto.

All Rights Reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording or any other information storage and retrieval system, without prior permission in writing from the publisher. All eligible parties, if not previously approached, can ask directly the publisher in case of unintentional omissions or incorrect quotes of sources and/or photos.

## SOMMARIO

### ARTICOLI

#### PREFAZIONE

ANDREA LENZI E GIOVANNI DANIELI † ..... P. 7

#### WHAT'S IN A OATH?

VIVIAN NUTTON ..... P. 9

#### ANATOMIA, LIBRI E *AUCTORITAS*: GALENO DI PERGAMO

VALENTINA GAZZANIGA ..... P. 29

#### IL *CANONE DI MEDICINA* (AL-QĀNŪN FĪ'L-ṬIBB) DI AVICENNA

PAOLA CARUSI ..... P. 47

#### IL LIBRO PER CHI FA A MENO DEI (DEGLI ALTRI) LIBRI DI ABŪ'L-QĀSIM KHALAF IBN 'ABBĀS AL-ZAHRĀWĪ

PAOLA CARUSI ..... P. 67

#### LE TAVOLE ANATOMICHE DI BARTOLOMEO EUSTACHIO

STEFANIA FORTUNA ..... P. 85

#### *DE HUMANI CORPORIS FABRICA* DI ANDREA VESALIO

STEFANIA FORTUNA ..... P. 97

#### IL *DE MOTU CORDIS* DI WILLIAM HARVEY: SCIENZA, MEDICINA E POLITICA

MARIA CONFORTI ..... P. 107

#### MARCELLO MALPIGHI (1628-1694). UNA BREVE NOTA BIOGRAFICA

STEFANO ARIETI ..... P. 123

#### PRE-VISION AND PRE-VENTION LABOR, ENVIRONMENT AND MEDICINE IN BERNARDINO RAMAZZINI'S "DE MORBIS ARTIFICUM DIATRIBA"

GIULIA FREZZA ..... P. 131

#### "QUESTA MIA SENILE FATICA" GIOVAN BATTISTA MORGAGNI E IL *DE SEDIBUS ET CAUSIS MORBORUM PER ANATOMEN INDAGATIS*

VALENTINA GAZZANIGA ..... P. 147

#### RUDOLF VIRCHOW E LA *CELLULARPATHOLOGIE* (BERLIN 1858)

ARIANE DRÖSCHER ..... P. 161

#### L'INTRODUCTION A L'ÉTUDE DE LA MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

FIRENZO CONTI ..... P. 175

LA NASCITA DEL CONCETTO DI “CLINICA”: IL CONTRIBUTO CULTURALE DI AUGUSTO MURRI CESARE SCANDELLARI .....	P. 191
---	--------

RISVEGLI LA NEUROLOGIA LETTERARIA DI OLIVER SACKS PAOLO MAZZARELLO .....	P. 215
---	--------

LA PARABOLA DEL DSM, IL MANUALE DIAGNOSTICO E STATISTICO DEI DISTURBI MENTALI ELISABETTA SIRGIOVANNI .....	P. 223
--	--------

POSTFAZIONE GILBERTO CORBELLINI .....	P. 233
--	--------

## CONTENTS

### ARTICLES

PREFACE ANDREA LENZI E GIOVANNI DANIELI .....	P. 7
--	------

WHAT’S IN A OATH? VIVIAN NUTTON .....	P. 9
--	------

ANATOMY, BOOKS AND AUCTORITAS: GALEN VALENTINA GAZZANIGA .....	P. 29
---	-------

THE <i>CANON OF MEDICINE</i> (AL-QĀNŪN FĪ’L-TIBB) BY AVICENNA PAOLA CARUSI .....	P. 47
---	-------

THE BOOK FOR THOSE WHO MAKE LESS OF THE (OTHER) BOOKS BY ABŪ’L-QĀSIM KHALAF IBN ‘ABBĀS AL-ZAHRĀWĪ PAOLA CARUSI .....	P. 67
--	-------

BARTHOLOMAEUS EUSTACHIUS’ TABULAE ANATOMICAE STEFANIA FORTUNA .....	P. 85
--	-------

<i>DE HUMANI CORPORIS FABRICA</i> DI ANDREA VESALIO STEFANIA FORTUNA .....	P. 97
---	-------

WILLIAM HARVEY’S DE MOTU CORDIS: SCIENCE, MEDICINE AND POLITICS MARIA CONFORTI .....	P. 107
--	--------

MARCELLO MALPIGHI (1628-1694). A SHORT NOTE ABOUT HIS LIFE AND WORKS STEFANO ARIETI .....	P. 123
---	--------

PRE-VISION AND PRE-VENTION LABOR, ENVIRONMENT AND MEDICINE IN BERNARDINO RAMAZZINI'S "DE MORBIS ARTIFICUM DIATRIBA"	P. 131
GIULIA FREZZA .....	
<i>"THIS MY SENILE EFFORT"</i> GIOVAN BATTISTA MORGAGNI AND DE SEDIBUS ET CAUSIS MORBORUM PER ANATOMEN INDAGATIS	P. 147
VALENTINA GAZZANIGA .....	
RUDOLF VIRCHOW E LA <i>CELLULARPATHOLOGIE</i> (BERLIN 1858)	P. 161
ARIANE DRÖSCHER .....	
L'INTRODUCTION A L'ÉTUDE DE LA MÉDECINE EXPÉRIMENTALE	P. 175
FIRENZO CONTI .....	
AUGUSTO MURRI AND THE BIRTH OF THE CONCEPT OF "CLINIC"	P. 191
CESARE SCANDELLARI .....	
AWAKENING - THE LITERARY NEUROLOGY OF OLIVER SACKS	P. 215
PAOLO MAZZARELLO .....	
THE HISTORY AND CONCEPTUAL EVOLUTION OF THE DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL (DSM)	P. 223
ELISABETTA SIRGIOVANNI .....	
POSTFACE	P. 233
GILBERTO CORBELLINI .....	

Articoli/Articles

LA PARABOLA DEL DSM,  
IL MANUALE DIAGNOSTICO E STATISTICO DEI DISTURBI  
MENTALI

ELISABETTA SIRGIOVANNI

Sapienza University of Rome I, New York University

SUMMARY

*THE HISTORY AND CONCEPTUAL EVOLUTION  
OF THE DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL (DSM)*

*The history and conceptual evolution of the Diagnostic and Statistical Manual (DSM) of mental disorders of the American Psychiatric Association provide a lens through which to examine recent development, debates and state of the art of psychiatry. In this article, I identify and critically discuss key epistemological features and crucial historical stages of the rise and fall of the DSM approach, in order to provide indications of what might be expected in the field of mental health in the near future.*

La storia e l'evoluzione concettuale del Diagnostic and Statistical Manual (DSM) dell'Associazione Psichiatrica Americana offrono una lente attraverso cui esaminare sviluppo recente, controversie e stato dell'arte della psichiatria. La presenza del DSM nella teoria e clinica della salute mentale copre metà del Novecento, essendo la sua prima pubblicazione post-bellica<sup>1</sup>, e arriva sino ai giorni nostri, grazie ad altre quattro edizioni intervallate da due revisioni<sup>2</sup>. Queste edizioni hanno esercitato influenza su nosografia e clinica psichiatrica, fino alla recente devastante crisi che ha travolto il manuale.

*Key words:* DSM - Psychiatry

All'interno del dibattito specialistico sulla psichiatria sono in molti a ritenere che l'attuale quinta edizione del DSM del 2013 sarà anche l'ultima<sup>3</sup>, presagendo piuttosto dei DSM-5.1, DSM-5.2 e così via fino all'estinzione. Vale dunque la pena ripercorrere caratteristiche fondamentali e tappe cruciali di sviluppo del manuale. La parabola del DSM è suddivisibile in due fasi<sup>4</sup>: una fase pre-paradigmatica comprendente le prime due edizioni e una fase paradigmatica, ormai discendente, dalla terza edizione alla quinta.

Il progetto del primo DSM nasce da parte dell'APA negli Stati Uniti alla fine degli anni '40 per rimediare alla confusione concettuale in cui viveva la diagnosi in psichiatria, che doveva in quegli anni confrontarsi con l'emergenza sociale e clinica delle manifestazioni psichiatriche in soldati e veterani, fino ad allora descritte con la terminologia della cardiologia e della gastroenterologia. Dal 1948 un comitato di nomenclatura fu nominato negli USA per stilare un sistema di classificazione nazionale propriamente psichiatrico, ispirato alla sesta versione della Classificazione Internazionale delle Malattie della World Health Organisation (ICD-6, 1946), che fu anche la prima edizione dell'ICD ad introdurre una sezione specifica per i disturbi mentali. Buona parte dei membri del comitato del 1948 (10 dei 28) erano di orientamento psicoanalitico, dei cui concetti il primo DSM è intriso ("inconscio", "conflitto", "impulso"), sebbene l'impronta più decisa fosse quella psicobiologica dello statunitense Adolf Meyer (il termine "reazione" ricorre ben 616 volte). In quegli anni, erano in pochi a preoccuparsi di criteri diagnostici. Un esempio, dalla fine degli anni '50, è il gruppo di ricerca della Washington University a St. Louis che approderà nei primi anni '70 ai criteri cosiddetti di Feighner, dallo psichiatra ispiratore, aprendo la strada all'idea di valutare statisticamente l'affidabilità delle misure. Il DSM-II del 1968 si libererà della psicobiologia puntando l'ago della bilancia sul freudismo con la comparsa di termini quali "nevrosi" o "isteria", termini che scompariranno due edizioni dopo, ma sarà

anche l'ultimo DSM psicodinamico prima del vero e proprio DSM della svolta<sup>5</sup>, ad opera del gruppo capeggiato dallo psichiatra della Columbia University, Robert Spitzer: il DSM-III (1980). In realtà già i primi DSM, secondo alcuni autori<sup>6</sup>, mostrano traccia di un approccio neo-Kraepeliniano che sarà più esplicito nel DSM-III e successivi: ad esempio, non solo la lista dei disturbi sembra rifarsi alla classificazione di Emil Kraepelin ma, sebbene i DSM dichiarino tutt'altro, vi è l'implicita falsa convinzione che il manuale individui reali entità morbose da validare. L'abbandono della terminologia psicoanalitica dal DSM sarà tuttavia segno dei tempi. Già nel 1959 in un celebre intervento alla conferenza internazionale dell'APA, il filosofo Carl Gustav Hempel incitava a maggiore rigore metodologico nella tassonomia psichiatrica, caldeggiando per criteri operativi, necessità di adeguatezza osservativa e descrizioni su sintomi, una richiesta di criteri diagnostici più robusti e universalmente condivisibili che Spitzer, psicoanalista pentito e sostenitore di metodi statistici (soprattutto del Kappa di Cohen), condivideva. La crisi della psicoanalisi e l'affermarsi del modello biologico affiancato dallo sviluppo degli psicofarmaci erano un altro elemento di rilievo. Tuttavia, importante spinta propulsiva al DSM-III, il primo completamente neutrale rispetto a eziologia e orientamento, furono motivazioni di carattere politico: da un lato, proteggere la psichiatria dagli attacchi denigratori dell'antipsichiatria, soprattutto dell'ala americana antirealista rappresentata da Thomas Szasz; dall'altro i movimenti in difesa dei diritti degli omosessuali premevano per l'eliminazione dell'omosessualità dal manuale. Il DSM-III fu un vero successo editoriale e fu tradotto in tredici lingue, si impose come nomenclatura ufficiale poiché sembrava fronteggiare bene il problema dell'affidabilità [reliability] diagnostica dello strumento. E' opinione di molti che ciò sia stato ottenuto a discapito della validità nosologica [validity], ovvero dei costrutti e dei criteri definitivi, essendo affidabilità e validità riconosciuti entrambi come metri di validazione delle misure



psicometriche, sulla falsariga di quanto avviene nelle scienze dure, a partire dal celebre articolo scritto nel 1955 da Lee Cronbach e Paul Meehl *Construct validity in psychological tests*. Oltre a cambiamenti di natura concettuale, la crescita di influenza da parte del DSM si affianca alla copiosa maggiorazione delle pagine (da 130 nel DSM-I a 886 nel DSM-IV), una vera e propria “esplosione” di nuovi disturbi che se per alcuni autori ha ampliato vedute e conoscenze, per altri, data anche l’inclusività delle classi, ha coinciso con l’aumento delle diagnosi (da 106 a 297) infarcendo in modo discutibile la distribuzione epidemiologica dei disturbi mentali nella popolazione.

Le edizioni rappresentative del DSM, la III e la IV, permettono di inquadrarne impostazione e cardini epistemologici. Il DSM è un manuale nosografico per le diagnosi psichiatriche, che raccoglie categorie sindromiche su base statistica, ovvero condizioni discrete identificate da insiemi statisticamente rilevanti di sintomi e segni clinici co-occorrenti, ma dall’eziologia ancora ignota. La sua diffusione internazionale è tale da erigerlo ad ortodossia psichiatrica nei paesi occidentali: il DSM, nella duplice funzione di strumento tassonomico e diagnostico, contribuisce a formazione, guida e orientamento dei professionisti della salute mentale, anche in ambiti diversi da quello strettamente clinico, come ad esempio quello forense<sup>7</sup>. La sua fruizione da parte di clinici di orientamenti teorici diversi è possibile grazie al fatto che non sposa alcuna spiegazione di tipo causale, motivo per cui il manuale ama definirsi “ateoretico”<sup>8</sup>. Pertanto il DSM sposa un approccio descrittivo alla psicopatologia, “l’atteggiamento empirico della osservazione e della sistematizzazione di ciò che appare”<sup>9</sup>, inclusivo, convenzionale (ad esempio, riguardo alla nomenclatura e alle soglie di inclusività nelle classi) e cosiddetto operativo, ovvero identifica classi diagnostiche mediante le operazioni per misurarle, che in questo caso corrispondono ad osservazione diretta e ad intervista - un operativismo liberale<sup>10</sup>, se lo si compara all’operativismo in fisica e si considera che le categorizzazioni otte-

nute su base qualitativa sono soggettivamente variabili e altamente fallibili. I DSM fino al IV-TR organizzano le schede per la diagnosi su cinque assi clinici (sistema multi-assiale), ognuno afferente a un diverso campo di informazioni sul paziente. Da un punto di visto medico, questo approccio sindromico-qualitativo a classificazione e diagnosi è di tipo minimale<sup>11</sup>, corrispondente all'incirca all'approccio e alla prassi della medicina del diciassettesimo secolo, rispetto ad un modello medico forte e basato sull'eziopatogenesi. Difatti, il termine identificativo delle condizioni di interesse clinico-psichiatrico elencate e classificate nel DSM è "disturbo", una connotazione comportamentale, e non malattia. Il termine disturbo viene definito solo a partire del DSM-III generando critiche e accendendo negli anni controversie di tipo interpretativo.

Il lungo periodo di due decenni, intercorsi tra la pubblicazione del DSM-IV (1994) e dell'attuale DSM-5 (2013), testimonia le difficoltà e pressioni incontrate dai recenti redattori, capeggiati da David Kupfer (Pittsburg Medical Center) e Darrel Regier (APA). Le critiche ai DSM-III, III-R, IV e IV-TR avevano valutato negativamente l'impatto del DSM su clinica e ricerca sia in termini di validità scientifica (date, ad esempio, la vaghezza, arbitrarietà e ambiguità dei costrutti, o l'eterogeneità) e di affidabilità pratica (iper-inclusività diagnostica, mancanza di esclusività, eccessiva comorbidità), nonché in termini etici (stigmatizzazione dei pazienti, accesso al giusto trattamento)<sup>12</sup>. In particolare, le spinte più consistenti di revisione provenivano da organizzazioni nel campo delle neuroscienze cognitive e dalla biologia genetico-molecolare, i cui imponenti avanzamenti a partire dagli anni '80-'90 riconducibili allo sviluppo di nuove neurotecnologie (imaging cerebrale funzionale, stimolazioni cerebrali, tecniche di genomica comportamentale ed editing genetico), avevano spinto l'allora Presidente USA George Jr. Bush a proclamare la "Decade del Cervello", la prima di una serie di successive e più consistenti iniziative pubbliche di finanziamento sul cervel-

lo (ad esempio: Human Brain Project della European Commission, Brain Initiative in USA, Brain/MINDS in Giappone). In breve, l'inadeguatezza dell'approccio del DSM per la psichiatria si rifletteva nell'incapacità di quest'ultima di stare al passo con i progressi delle neuroscienze, favorendo le richieste per la riformulazione di una nosologia corroborata scientificamente<sup>13</sup>. Il processo di pianificazione della ristesa del manuale è stato affidato, nel 1999, a una corporazione affiliata all'APA, l'American Psychiatric Institute for Research and Education (APIRE). Sono state prodotte due pubblicazioni istituzionali (A Research Agenda for DSM-5 del 2002; Age and Gender Considerations in Psychiatric Diagnosis: A Research Agenda for DSM-5 del 2007), e sono state organizzate tredici conferenze finanziate dal National Institute of Health (NIH) in un periodo di 5 anni (2003-2008), nonché pubblicati centinaia di articoli accademici e decine di monografie autorevoli. La settima conferenza The Future of Psychiatric Diagnosis: Refining the Research Agenda, organizzata dall'APIRE in collaborazione con WHO e NIH, e tenutasi il 27-28 luglio 2006 presso il NIH Campus a Bethesda (Maryland), ha dato vita a buona parte delle modifiche e ad una stesura provvisoria che è stata sottoposta pubblicamente a revisioni critiche sul sito ufficiale dall'estate 2012<sup>14</sup>. Tuttavia, già dal 2009, il progetto Research Domain Criteria (RDoC) del National Institute of Mental Health negli USA si è proposto obiettivi esplicativi e tassonomici in un'ottica multidisciplinare che riflettessero maggiore solidità scientifica<sup>15</sup>, intaccando l'egemonia del DSM ben prima dell'uscita del DSM-5, sebbene i dirigenti di RDoC abbiano smentito che questo fosse nei loro piani<sup>16</sup>. Per quanto ci si appelli a disparità e assenza di gerarchia delle conoscenze evidence-based in psichiatria<sup>17</sup>, il DSM-5, che era stato annunciato entusiasticamente<sup>18</sup>, ha tradito molte delle attese e generato contrarietà nel settore, poiché i cambiamenti sono stati marginali e poco significativi: revisione e introduzione di nuove categorie, inserimento di valutazioni dimensionali per alcuni di-

sturbi, rinuncia al sistema multiassiale. Le menzioni di biomarcatori (fattori di rischio, indicatori di prognosi e marcatori diagnostici) in alcune categorie, come ad esempio nelle demenze (oggi “disturbi neurocognitivi”), appaiono meri “adornamenti pseudo-scientifici”<sup>19</sup> per categorie precostituite, quando l’auspicio era che le classi tradizionali fossero eliminate per riformularne di nuove a partire da dati sui meccanismi neurali correlati a singoli sintomi. Perfino dal punto di vista statistico, i DSM hanno rilevato molte criticità poiché l’agognato  $k$  di Cohen, una misura dell’“accordo” tra giudizi qualitativi che tiene conto anche del caso, veniva definito con soglie a discrezione degli autori, soglie che nel DSM-5 hanno preso una china verso il basso<sup>20</sup>. Per intenderci, c’è sempre meno accordo tra professionisti della salute mentale su categorie e criteri diagnostici. Questo è un rompicapo che interesserà anche il progetto dell’ICD-11, previsto per il 2018 e solitamente in linea con il DSM per la sezione sui disturbi mentali. Il DSM-5 è un esempio di radicato conservatorismo e di cecità al rinnovamento da parte delle lobby della psichiatria, e per molti ciò è da attribuirsi ad interessi economici, visto che sono case farmaceutiche e soprattutto il sistema assicurativo americano ad investire nel DSM, le cui categorie e codici servono a supportare le azioni nell’industria.

Nonostante queste resistenze, la storia dell’ascesa e del declino del DSM rivela un corso inarrestabile, che ne determinerà il superamento, sebbene è ancora difficile definire la tempistica per l’ideazione e affermazione di una nosologia neuroscientifica. E ciò costituisce la questione più critica. Il DSM, per quanto innovativo negli anni gloriosi, è oramai incapace di rispondere ad esigenze di clinica e ricerca odierne, risultando poco utile e oramai scarsamente credibile sul piano scientifico; si prevede che clinici ma soprattutto ricercatori ne faranno sempre minor uso, con conseguenze che, in assenza di una classificazione più solida condivisa, di cui si sente l’urgenza, saranno da valutare.

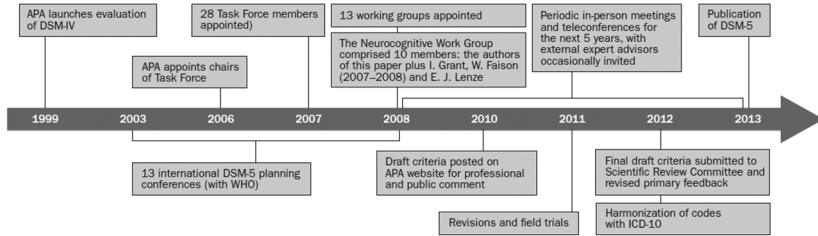


Fig. 1. Il processo di ideazione e revisione del DSM-5 in sequenza temporale. Immagine da: Sachdev P.S., Blacker D., Blazer D.G., Ganguli M., Jeste D.V., Paulsen J.S., Petersen R.C., Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach. *Nat Rev Neurol* 2014; 10: 636.

Version	Year	Total Number of Diagnoses	Total Number of Pages
I	1952	106	130
II	1968	182	134
III	1980	265	494
III-R	1987	292	567
IV	1994	297	886

Tabella 1. Numero di diagnosi e pagine nei DSM dal 1952 al 1994. Immagine da: Mayes R., Horwitz A.V., DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J Hist Behav Sci.* 2005;41(3):251.

### BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Diagnostic and Statistical Manual: Mental disorders. American Psychiatric Press, Washington DC, 1952.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 2nd edition (DSM-II). American Psychiatric Press, Washington DC, 1968; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 3rd edition (DSM-III). American Psychiatric Press, Washington DC, 1980, tr. it. Masson, Milano, 1983; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Diagnostic

*The rise and fall of DSM*

- and Statistical Manual of mental disorders, 3rd edition revised (DSM-III-R). American Psychiatric Press, Washington DC, 1987, tr. it. Masson, Milano, 1988; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington DC, 1994, tr. it. Masson, Milano, 1995; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 4th edition Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Press, Washington, 2000, tr. it. Masson, Milano, 2002; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Arlington VA, 2013, tr. it. Milano, Raffaello Cortina, 2014.
3. Ad esempio: COOPER R., *Diagnosing the Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*. Karnac Books Ltd., London, 2014; SHORTER E., *What psychiatry left out of the DSM-5, Historical mental disorders today*. New York, Routledge, 2015.
  4. ARAGONA M., The role of comorbidity in the crisis of the current psychiatric classification system. *Philos. Psychiatr. Psychol.* 2009; 16(1): 1-11.
  5. MAYES R., HORWITZ A. V., DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J Hist Behav Sci.* 2005; 41(3): 249-267.
  6. ARAGONA M., Rethinking received views on the history of psychiatric nosology: Minor shifts, major continuities. In: ZACHAR P., STOYANOV D. ST., ARAGONA M., JABLENSKY A. (eds.), *Alternative perspectives on psychiatric validation*. Oxford, Oxford University Press, 2015, pp. 27-46.
  7. Cfr. CASS. PEN. SEZ. UNITE, 25/01/2005, n. 9163.
  8. DSM-III, 1980, op. cit. nota 2, p. 7.
  9. DSM-IV-TR, 2000, op. cit. nota 2, p. XV.
  10. FULFORD K. W. M., THORNTON T., GRAHAM G. (eds.), *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2006.
  11. MURPHY D., The medical model and the philosophy of science. In: FULFORD K., DAVIES M., GIPPS R., GRAHAM G., SADLER J., STANGHELLINI G., THORNTON T. (eds.), *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2013, pp. 966-986.
  12. PARIS J., PHILLIPS J. (eds.), *Making the DSM-5: concepts and controversies*. New York, Springer, 2013.
  13. MURPHY D., *Psychiatry in the scientific image*. MIT Press, Cambridge MA, 2006. MURPHY D., op. cit. nota 10.
  14. REGIER D. A., KUHL E. A., KUPFER D. J., The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry* 2013; 12: 92-98.

15. CUTHBERT B. N., INSEL T. R., Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Med* 2013; 11: 126.
16. INSEL T., LIEBERMAN J., DSM-5 and RDoC: Shared Interests. NIMH website, accessed April 2016: <http://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2013/dsm-5-and-rdoc-shared-interests.shtml>.
17. KENDLER K. S., SOLOMON M., Expert consensus v. evidence-based approaches in the revision of the DSM. *Psychol Med.* 2016; 13: 1-8.
18. KUPFER D.J., KUHL E.A., REGIER D.A., DSM-5 - The Future Arrived. *JAMA* 2013; 309(16): 1691-1692.
19. DEMAZEUX S., SINGY P. (eds.), *The DSM-5 in Perspective Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel*. Springer, Dordrecht, 2015.
20. COOPER R., op. cit. nota 3.

Correspondence should be addressed to:

elisabetta.sirgiovanni@uniroma1.it