

IL DSM-5: l'edizione italiana *The Italian Edition of DSM-5*

MASSIMO BIONDI, FRANCESCO SAVERIO BERSANI, MARTINA VALENTINI

E-mail: massimo.biondi@uniroma1.it

Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma

INTRODUZIONE

Il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), nato nel 1952 ma diffusosi a partire dalla terza edizione nel 1980 (DSM-III), è un progetto ambizioso con il difficile obiettivo di applicare alla psichiatria una metodologia di classificazione il più possibile condivisa per esigenze epidemiologiche, statistiche e cliniche, integrando e uniformando a livello globale quelle conoscenze che prima erano in balia di frammentarie e multiformi scuole di pensiero¹. Il testo, nelle sue successive versioni, è andato incontro a tentativi di miglioramento, sempre in sintonia con la ricerca internazionale, certamente con un'impronta statunitense dettata dall'American Psychiatric Association (APA), ma al tempo stesso con attenzione verso le esigenze e le multiformità culturali di una società aperta e multietnica. I diversi cambiamenti e le novità del DSM-5 sono il prodotto di 30 anni di acquisizione di nuovi dati e progressi provenienti dalla ricerca scientifica mondiale, così come è stato sottolineato nell'Introduzione del Manuale.

L'impalcatura del DSM-5 è nella sostanza – salvo l'abolizione del sistema multiassiale – ancora quella originaria del DSM-III, ossia teorica e basata su fenomeni osservabili, liste di criteri intercambiabili, termini temporali scelti per convenzione, creazione di categorie NAS, studi sul campo, confronto con associazioni di pazienti e con altri operatori della salute. Esso non ha messo ovviamente d'accordo tutti, ha introdotto alcune forzature e ha le sue lacune, ma i suoi vantaggi superano, secondo molti, i suoi limiti. Pur con alcune controversie è stato largamente accettato come una convenzione ragionevole per trovare accordo tra comunità scientifiche e cliniche differenti.

La serie dei DSM è stata ampiamente condivisa dalla comunità psichiatrica e psicologica mondiale tanto da risultare di fatto utilizzata in migliaia di ricerche nella letteratura internazionale degli ultimi 30 anni, in manuali e trattati, da organizzazioni sanitarie governative, da associazioni scientifiche, in ambiti legali, forensi e di medicina generale. Alcune scelte ancora accendono spirito critico e dubbi suggerendo revisioni o modifiche, controversie, sane in un dibattito scientifico e utili per scambi e confronti e per la crescita del pensiero.

È possibile inquadrare la mente e il comportamento umano in numeri, sezioni e categorie? Certamente no. È tuttavia vero che affinché medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo possano comunicare tra loro è necessario un linguaggio chiaro e condiviso, accettando il fatto che ogni scelta è una convenzione e ha, di conseguenza, i suoi vantaggi e i suoi limiti. Arriva ora

il DSM-5 – tradotto anche in italiano – a distanza di vent'anni dal DSM-IV. Il DSM-5 presenta diversi interessanti cambiamenti e aggiornamenti, forse minori rispetto alle aspettative; è a ogni modo indubbio che, pur avendo un'impostazione conservativa, il testo cerchi di offrire nella maniera più aggiornata possibile quanto i dati di ricerca a livello internazionale hanno introdotto nel panorama psichiatrico².

Essendo nato all'interno della cultura psichiatrica americana, notoriamente pragmatica, il DSM-5 può presentare alcuni problemi di inserimento e accettazione in contesti culturali diversi, sebbene ne esistano traduzioni nei principali Paesi del mondo. L'adozione di un sistema diagnostico standardizzato come il DSM-5, così come è stato per i suoi predecessori, rappresenta dunque un'importante opportunità per raccordarsi con il mondo scientifico internazionale, con l'universo della ricerca, dalla genetica alla neurochimica, con l'ambito della prevenzione in campo psicoterapeutico e riabilitativo, nonché una sfida aperta per andare oltre e migliorarne l'impiego per clinici, pazienti, studenti, ricercatori.

NOVITÀ INTERESSANTI E QUALCHE CONTROVERSIA

Il DSM-5 è nato inseguendo il "sogno" di un approccio dimensionale verso i disturbi psichiatrici³, sogno che è stato quasi completamente abbandonato durante gli anni di preparazione dell'opera. L'APA ha preferito mantenersi sulla solidità e le certezze della posizione tradizionale "categoriale", ritenendo ancora troppe le incertezze per un passaggio a un sistema dimensionale. Anche l'attesa revisione profonda dei disturbi di personalità in questo senso è stata fermata e rinviata.

L'impalcatura del DSM-5 è rimasta sostanzialmente simile a quella del DSM-IV⁴ garantendo una continuità per il clinico. Vi sono, a ogni modo, alcune novità: la principale è indubbiamente la scomparsa della valutazione "multiassiale"; un'altra è l'introduzione della più sofisticata WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 al posto della Valutazione Globale del Funzionamento (VGF)⁵, cambiamento che denota la forte comunione d'intenti tra i curatori del DSM-5 e quelli del nascente ICD-11⁶.

Dati tanto clinici quanto legati a evidenze nel campo della ricerca clinica ed epidemiologica hanno portato ad alcuni cambiamenti rilevanti: i *Disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza* sono divenuti *Disturbi del Neurosviluppo*; il *Disturbo di Asperger* è stato integrato all'interno dei *Disturbi dello spettro autistico*; fuoriuscito dal capitolo dei *Disturbi d'Ansia*,

ora il *Disturbo Ossessivo-Compulsivo* è in un capitolo a sé stante insieme ai *Disturbi correlati*; il *Disturbo da Stress Post-Traumatico* costituisce il nuovo capitolo dei *Disturbi collegati a traumi e fattori stressanti*; nei *Disturbi da Sostanze* è scomparsa la distinzione tra abuso e dipendenza ed è emerso il concetto di “dipendenza comportamentale”, in cui sarebbero implicati i circuiti neurali del rinforzo e della gratificazione; è scomparsa la dizione molto criticata di *Disturbi Somatici*, incluso lo storico termine “ipocondria” sostituito dal *Disturbo da Sintomi Somatici* e dal *Disturbo da Ansia di Malattie*; il *Disturbo di Conversione* è stato ridefinito, data la modalità di presentazione pressoché costante riportata in letteratura, come *Disturbo da sintomatologia neurologica funzionale*; *Depressione Maggiore* e *Disturbi Bipolari* sono stati più nettamente distinti; è comparso lo *Spettro Schizofrenico* che, sulla base di forti evidenze genetiche e di decorso, accoglie anche il *Disturbo Schizotipico di Personalità*; sono scomparsi i sottotipi *paranoide, disorganizzato, catatonico, indifferenziato e residuo della schizofrenia*, che secondo i revisori non avevano un sufficiente valore in termini di indirizzamento diagnostico o clinico; tra i *Disturbi dell’Alimentazione e della Nutrizione* è stato inserito il *Binge-Eating Disorder*; lo spettro dei decadimenti cognitivi è stato allargato al *Disturbo Neurocognitivo Lieve*; al fine di ridurre fenomeni di stigma sociale, il *Disturbo dell’Identità di Genere* è stato ridefinito *Disforia di Genere*; il *Ritardo Mentale* è diventato *Disabilità Intellettuale*, e in questa visione è stato dato minore rilievo al valore del Quoziente Intellettivo.

È difficile, e certamente riduttivo, sintetizzare in poche righe tutti i cambiamenti della nuova versione del DSM. Quello che è necessario ribadire, tuttavia, è che il DSM-5, così come il DSM-IV, è frutto di una convenzione finalizzata a creare un linguaggio comune all’interno della comunità medico-sociale di tutto il mondo.

Essendo un testo basato su convenzioni tra figure professionali diverse e con idee diverse, il DSM-5 può essere per alcune scelte ampiamente criticabile; le diagnosi del DSM-5 hanno certamente luci e ombre, e non sono esenti da difetti. A questo proposito si sono recentemente registrati da un lato commenti spinti da un sereno spirito di osservazione e di critica, e dunque finalizzati a migliorare, dall’altro commenti (anche autorevoli) offuscati da un piacere di polemizzare fine a sé stesso.

Diversi autori, infatti, hanno posto critiche fallaci, replicanti il sentito dire, poco documentate, frutto di letture superficiali e frettolose, talora prive di reali fondamenta cliniche, peraltro dimenticando, o non considerando, che molte critiche indirizzate al DSM-5 dovrebbero essere poste anche nei confronti del sistema gemello ICD-11, prodotto dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Il DSM-5 e l’ICD-11, infatti, sono stati scritti con il dichiarato intento costruttivo di avere testi di riferimento allineati e non in contrapposizione^{7,2} così come il DSM-IV era su molti punti parallelo con l’ICD-10.

Sebbene molte delle critiche al DSM-5 decadano semplicemente attraverso un’approfondita lettura del testo (soprattutto dell’Introduzione di D.J. Kupfer e D.A. Regier), è utile secondo noi suggerire ai nostri lettori con l’occasione della versione italiana, per i tipi di Cortina, alcuni punti di riflessione. Sintetizziamo di seguito i tre aspetti che abbiamo ritenuto rappresentare le critiche più diffuse e meno costruttive tra quelle riportate da giornali, divulgativi e non.

Critica 1: il DSM-5 tende alla medicalizzazione, cioè a etichettare come malattie anche condizioni che fanno parte delle normali esperienze psichiche di ognuno di noi.

Un problema intrinsecamente legato a qualunque manuale che pretenda di definirsi diagnostico è quello delle soglie di malattia: se le soglie diagnostiche sono troppe basse, si rischia di classificare come “disturbi” anche condizioni minori (aumentano i falsi positivi); se, al contrario, sono troppo alte, si rischia di non individuare come malate persone che in realtà avrebbero bisogno di assistenza (aumentano i falsi negativi).

In una disciplina come la Psichiatria, in cui non sono presenti marcatori obiettivi di patologia e in cui il concetto stesso di malattia è strettamente legato a dinamiche sociali e di sofferenza soggettiva, qualunque soglia diagnostica venga stabilita per definire un disturbo è per sua natura criticabile: si potrà sempre pensare, a torto o a ragione, che i criteri scelti siano troppo “includenti” o troppo “escludenti”. D’altronde, non è tecnicamente possibile trovare totale unanimità all’interno della comunità sociale-medico-scientifica mondiale riguardo le soglie diagnostiche di un disturbo. Esisterà sempre qualcuno in disaccordo.

Quello che risulta molto discutibile, in realtà, non è la critica di “medicalizzazione” in sé bensì l’idea che chi pone tale critica subdolamente perora, ovvero quell’idea per cui il DSM-5 tenda alla medicalizzazione di normali fisiologiche esperienze psichiche in quanto la comunità psichiatrica avrebbe interessi nell’aver una società medicalizzata. Si potrebbe dire anche – mettendosi dalla parte dei colleghi psicologi clinici – che il DSM-5 risponda non solo a un rischio di medicalizzazione ma anche a quello di un’eccessiva “psicologizzazione” del comportamento normale umano. È possibile discutere di questo, ma andrebbe fatto nella più ampia prospettiva dei cambiamenti della società, della sensibilità e della mentalità che si sono generate come fenomeno nuovo nella seconda metà del Novecento, con la nascita della Psichiatria separata dalla Neurologia, la nascita delle Facoltà di Psicologia, la crescita esponenziale di articoli e libri in tema a livello specialistico e nei mass media.

A questo proposito occorre essere chiari: non sono gli psichiatri o gli psicologi che vogliono classificare le persone dando loro etichette mediche; sono, al contrario, le persone che stanno male che richiedono di vedere riconosciuta la propria sofferenza, di vedere assegnato un nome al proprio disagio e di avere quindi accesso a cure. Se una persona soffre, ma questo suo “soffrire” non ha un nome e non è codificato in un manuale globalmente riconosciuto, come potrà vedere riconosciuta la propria sofferenza, ricevere assistenza, accedere a prestazioni sanitarie pubbliche e private, accedere a rimborsi di farmaci, psicoterapie e/o terapie riabilitative tramite i sistemi sanitari e assicurativi?

Diverse diagnosi sono invece state eliminate dai vari DSM: l’omosessualità è stata depennata dalla lista delle malattie dal DSM-III del 1980, così come altre diagnosi in passato utilizzate quali l’isteria, la neurastenia, le perversioni, il disturbo ansioso-depressivo, la personalità depressiva, la personalità ansiosa, la schizofrenia latente, solo per citarne alcune tra le più sfumate verso la normalità. Se l’intento dei DSM fosse quello di medicalizzare la società, non si spiegherebbe la ragione per cui tali condizioni “altamente diagnosticabili” sarebbero nel tempo state eliminate.

Il DSM-5 propone nella sezione *Altre condizioni di ulti-*

riore studio la *Sindrome da Psicosi Attenuata*, e nella sezione *Disturbi Neurocognitivi* il *Disturbo Neurocognitivo Lieve*; entrambe le diagnosi sono state criticate per essere l'“emblema” del supposto processo di medicalizzazione perpetuato dal DSM-5. Tali sindromi, in realtà, riflettono condizioni già ampiamente riconosciute e trattate nella pratica clinica quotidiana; esse rispondono alla necessità, manifestata a più riprese da medici, psicologi, insegnanti, familiari e associazioni di categoria, di riconoscere precocemente i disturbi psicotici e cognitivi, di riconoscerli cioè prima che si presentino nelle loro devastanti manifestazioni, per esempio, di Schizofrenia o Malattia di Alzheimer. Vi è infatti la speranza, supportata da numerose evidenze scientifiche, che una diagnosi precoce porti a cure più puntuali, bloccando o rallentando l'evoluzione dei disturbi.

Corretta o errata che sia tale speranza, ciò richiede un preciso orientamento e ben definiti criteri diagnostici, che potrebbero altresì trovare l'opposizione di chi non vuole medicalizzare ogni variante della sofferenza mentale. Il rischio di falsi positivi va, giustamente, messo in conto; tuttavia, occorre decidersi, delle due, l'una: o si identificano criteri per individuare casi a rischio e indirizzarli a interventi terapeutici specifici o si accetta di non trattare pazienti con elevato rischio di sviluppare psicosi o demenze conclamate. Se tali casi, inoltre, devono essere trattati mediante il Sistema Sanitario Nazionale, essi vanno diagnosticati secondo criteri riconosciuti, riproducibili e per quanto possibile condivisi anche se non del tutto oggettivi.

Critica 2: conflitti di interesse di carattere economico hanno condizionato le scelte del Comitato produttore del DSM-5.

Sono stati pubblicati numerosi articoli su blog e testate giornalistiche prestigiose che denunciano legami economici più o meno forti tra gli psichiatri che hanno lavorato alla *task force* del DSM-5 e le aziende farmaceutiche. Entrare nel merito della questione sarebbe complesso ed esula dagli scopi del presente editoriale; tuttavia, è necessario dare una risposta a chi, leggendo i suddetti articoli, potrebbe convincersi dell'idea che le malattie mentali siano disturbi “meno reali” di altri, sostenuti socialmente grazie agli interessi economici dell'industria del farmaco. Una delle migliori risposte è proprio quella di Allen Frances, autore di un intelligente volume critico sul DSM-5, pubblicata su *Psychology Today* del 2 dicembre 2012 che smonta questa critica: «Le persone che lavorano sul DSM-5 sono spesso state accusate di avere conflitti di interesse finanziario perché hanno alcuni (minimi) legami con aziende farmaceutiche e perché alcune scelte del DSM-5 aumenterebbero i profitti delle aziende farmaceutiche aggiungendo medicine psichiatriche prescritte senza attenzione. Ma io conosco le persone che lavorano sul DSM-5 e so che questa accusa è scorretta e non vera»⁸.

In primo luogo, è bene ricordare che il DSM-5 non è il risultato di un lavoro di soli psichiatri, bensì il frutto di un continuo e intenso dibattito e confronto tra medici con diverse specializzazioni, psichiatri, psicologi, antropologi, epidemiologi, neuroscienziati, rappresentanti di associazioni di categoria e di associazioni di pazienti⁸; è difficile pensare che tutte le personalità coinvolte nel lavoro possano aver subito pressioni o possano essere state influenzate da conflitti di interesse di ordine economico. In secondo luogo, l'APA stessa ha reso pubblici i legami economici tra alcuni membri della

task force del DSM-5 e alcune aziende del settore farmaceutico-sanitario, proprio al fine di garantire la massima trasparenza e obiettività.

Per quanto riguarda il ruolo delle aziende farmaceutiche, è pacifico che esse trovino beneficio nell'incremento di prescrizioni di neuro-psico-farmaci ed è quindi naturale pensare che possano contribuire a “spingere” verso un allargamento dei confini diagnostici dei disturbi al fine di poter incrementare le proprie vendite. È (o dovrebbe essere) tuttavia altrettanto pacifico il fatto che l'aumento del consumo di psicofarmaci nel mondo non dipende tanto dalle aziende che li producono, quanto dall'aumento dell'incidenza dei disturbi psichiatrici nella società.

Tutte le organizzazioni politiche e sanitarie del mondo hanno parere unanime: l'incidenza dei disturbi psichiatrici è in drastico aumento e il loro impatto negativo sulla società è sempre maggiore. Secondo recenti proiezioni dell'OMS i disturbi mentali, se non adeguatamente fronteggiati, sono destinati a divenire entro il 2020 la seconda causa di disabilità nel mondo¹⁰; l'impatto economico della morbidità psichiatrica in Europa è pari al 3-4% del PIL dell'Unione Europea¹¹; i tassi di suicidio sono aumentati del 60% dal 1960 al 2012, con aumenti registrati soprattutto nei Paesi in via di sviluppo¹². L'idea che questo possa dipendere dalle pressioni economiche delle industrie farmaceutiche e dai conflitti di interesse di qualche psichiatra, certamente talvolta presenti, non solo viene da alcuni ritenuta francamente ottusa, ma propone un modello di lettura della realtà distorto, che ostacola un'analisi corretta delle reali profonde cause della deriva di “insanità mentale” presa dalla società.

Critica 3: il DSM riduce la psicopatologia a una “checklist” estremamente riduttiva; è quindi uno strumento inadeguato a orientare la diagnosi in psichiatria.

Le diagnosi del DSM-5 sono basate sul consenso riguardo a gruppi di sintomi clinici associati a stati di sofferenza soggettiva e a compromissione sociale/funzionale; solo raramente sono presenti, tra i criteri diagnostici, misure cliniche/di laboratorio integralmente obiettivabili.

Tale modalità “sindromica” di porre diagnosi è senz'altro criticabile. Tuttavia, chi pone questa critica al fine di mettere in discussione la validità delle diagnosi psichiatriche dimentica o finge di dimenticare che non solo in psichiatria ma in tutti i campi della medicina una grandissima parte di malattie viene diagnosticata mediante il riconoscimento “sindromico” di gruppi condivisi di segni e sintomi. Le condizioni patologiche in cui una precisa *noxa patogena* conduce a una specifica malattia, infatti, sono poche; in tutti i campi della medicina, ormai, le patologie vengono per lo più identificate come un insieme di condizioni sintomatologiche/patologiche che si presentano secondo un modello prestabilito.

Esempi di malattie le cui diagnosi vengono poste in base alla presenza o meno di una serie di segni e sintomi clinici o strumentali sono la sindrome metabolica, il lupus eritematoso sistemico, la stipsi, la sindrome dell'intestino irritabile, l'acufene, la fibromialgia, la sindrome di Kawasaki, le cefalee, la sindrome delle gambe senza riposo, le sindromi vertiginose; chi critica la validità delle diagnosi psichiatriche in quanto fondate su una cosiddetta “checklist” di segni e sintomi, critica anche la validità delle diagnosi di tali malattie internistiche?

C'è inoltre da aggiungere che il DSM-5, così come l'ICD-11, non è un manuale di psicopatologia né la "Bibbia degli Psichiatri", come a volte simpaticamente ma erroneamente si è detto. Il DSM-5 è semplicemente una classificazione sistematizzata per fini statistici ed epidemiologici, e come tale va utilizzata. Per poter essere usato bene, il DSM-5 presume una conoscenza della psicopatologia; per uno psichiatra, il DSM-5 dovrebbe essere semplicemente un utile complemento alle proprie competenze. Chi dovesse utilizzarlo come checklist, senza avere profonde conoscenze della materia, starebbe completamente travisando la sua funzione.

RACCOMANDAZIONI PER L'USO E CONSIDERAZIONI FINALI

In medicina è possibile utilizzare diversi sistemi di classificazione per organizzare osservazioni e fenomeni. Tali sistemi classificativi possono essere di tipo descrittivo, basati su fenomeni, sintomi e segni apparenti, su un'eziologia accertata o sul probabile agente causale, basati sul decorso o sull'andamento osservato nel tempo, sull'età o sulle fasi della vita. L'utilità di tali sistemi di classificazione è quella di ridurre i conflitti e costruire un linguaggio comune. L'APA ha optato per un sistema descrittivo-fenomenico, che naturalmente racchiude in sé tutti i limiti del caso.

Un sistema diagnostico standardizzato come il DSM-5 deve essere usato da clinici con adeguata esperienza clinica, altrimenti si rischia di scivolare in grossolani errori diagnostici. A tal proposito, è bene sottolineare che il DSM-5 non deve essere usato per formulare una diagnosi "semi-automatica" basata su una lista di sintomi presenti o assenti. Piuttosto, bisognerebbe in un primo momento formulare una diagnosi basata su dati storici e anamnestici, su evidenze cliniche e strumentali e sul quadro d'insieme, e solo in un secondo momento tale diagnosi andrebbe confermata trovando riscontro nei criteri categoriali del DSM-5.

È fondamentale ricordare che le diagnosi del DSM-5 possono essere poste solo se sono presenti una marcata sofferenza soggettiva e una significativa compromissione della funzionalità psicosociale e lavorativa, due elementi di giudizio la cui individuazione richiede esperienza e competenza clinica, come autorevolmente ribadito da Mario Maj nell'Introduzione all'edizione italiana del DSM-5². Pertanto è fortemente inesatto identificare una diagnosi con una lista di sintomi: il caso deve essere valutato dal clinico e non dal DSM-5. A questo proposito, l'Introduzione del DSM-5 dichiara esplicitamente che esso è uno strumento che richiede di essere utilizzato da clinici competenti per formazione, come per esempio psichiatri e psicologi clinici, e non da personale inesperto.

L'utilità di avere un sistema diagnostico condiviso permette di comunicare e fare confronti tra prevalenze, Paesi, regioni ed enti di ricerca; permette di programmare le risorse

e gli interventi dei Servizi Sanitari; consente di studiare fattori di rischio ed esiti di interventi terapeutici, non necessariamente di natura farmacologica, ma anche di natura psicosociale, psicoterapeutica e riabilitativa. Inoltre, un sistema diagnostico è necessario per il Sistema Sanitario Nazionale per remunerare prestazioni cliniche, per il riconoscimento di stati di malattia e pensioni di invalidità, per risolvere diatribe in ambito medico legale.

L'utilizzo del DSM-5 non è obbligatorio, così come non è obbligatorio porre una diagnosi: coloro che non apprezzano o non condividono il DSM-5 o l'ICD-11 non sono tenuti a utilizzare tali sistemi diagnostici. Il DSM-5, quindi, non deve essere sopravvalutato; rappresenta tuttavia, insieme al nascente ICD-11, l'unico sistema diagnostico standardizzato con alta diffusione internazionale, nonché impiegato in centinaia di ricerche. Esso non è e non si è mai presentato come un manuale di psicopatologia e certamente questo è lo spirito con cui gli psichiatri possono guardare all'edizione italiana. Certamente, il DSM-5 non può essere considerato perfetto e necessita di ulteriori aggiornamenti; ma chi ne critica l'attendibilità cosa suggerisce in alternativa?

BIBLIOGRAFIA

1. Grob GN. Origins of DSM-I: a study in appearance and reality. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 421-31.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. Edizione italiana: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Raffaello Cortina, 2014.
3. Regier DA. Dimensional approaches to psychiatric classification: refining the research agenda for DSM-V: an introduction. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007; 16 Suppl 1: S1-5.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2000.
5. Bedirhan Üstün T, Chatterji S, Kostanjsek N, et al.; WHO/NIH Joint Project. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; 88: 815-23.
6. World Health Organization. International Classification of Diseases, ICD-11 Beta Draft- 06 Mental and behavioural disorders. <http://id.who.int/icd/entity/334423054>
7. First MB. Harmonisation of ICD-11 and DSM-5: opportunities and challenges. *Br J Psychiatry* 2009; 195: 382-90.
8. Psychology Today – December 2, 2012. <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201212/dsm-5-is-guide-not-bible-ignore-its-ten-worst-changes>
9. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva, Switzerland.
10. Commission of the European communities. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Green paper. Brussels: Health and Consumer Protection Directorate, European Commission, 2005.
11. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009; 373: 1372-81.