

EDITORIALE

L'ANATRA ZOPPA: DSM-5 E CREPUSCOLO DEL DIAGNOSTICISMO

*Pier Francesco Galli**

«La psichiatria definisce la soverchia allegria “perturbazione euforica”, come a dire allegro malumore, e ha scoperto che tutte le amplificazioni della castità come della sensualità, della crudeltà come della pietà, mettono capo al patologico; ben poca importanza avrebbe dunque la vita sana se avesse per fine soltanto uno stato intermedio fra due esagerazioni» (Robert Musil).

Le parole in esergo, tra le tante scritte da Robert Musil nel quadro delle riflessioni sulla questione psichiatrica e in particolare sul problema della responsabilità e della sottomissione della psichiatria al linguaggio della Giustizia, sono tratte dal capitolo 62, p. 283, seconda parte (“Le stesse cose ritornano”), de *L'uomo senza qualità*. “Le stesse cose ritornano” non è l'eco vichiana sul ripetersi della storia o l'affermazione del nulla di nuovo sotto il sole. Al contrario, costringe a mettere a fuoco i modi e le forme con cui la società assimila e trasforma il portato della conoscenza in modo storicamente specifico, come prodotto di un tempo e di una cultura.

Sono passati poco più di trent'anni dallo sbarco trionfale del DSM-III nell'Europa appisolata sull'ICD in occasione del Congresso Mondiale di Psichiatria di Vienna del 1980, con il coinvolgimento di Pierre Pichot. Pichot, con Jean Delay, aveva organizzato il primo Congresso Mondiale di Psichiatria nel 1950, a Parigi, primo grande confronto postbellico tra psichiatri europei e statunitensi. In Italia iniziò la seconda americanizzazione. Il linguaggio bello e bellicoso accompagnò il DSM-III da subito. La dizione *task force* gonfiò il petto e i cuori. Non a caso, a mio avviso, il rigurgito muscolare in ambito

* Via Garibaldi 3, 40124 Bologna, E-Mail <pierfrancescogalli@libero.it>.

psichiatrico si presentò in contemporanea con l'avvento al potere di Reagan e ha raggiunto l'apice nella sequenza dei Bush col perfezionato DSM-IV, successivamente *restyled* come DSM-IV-R. Avrebbe dovuto fermarsi lì bloccando la logica implicita (ed esplicita) del metodo, secondo i suoi promotori e gestori Robert Spitzer e Allen Frances. Fermarsi non perché lo strumento fosse sfuggito di mano in una vicenda da apprendisti stregoni, ma perché ormai sarebbe bastato un passo in più per far emergere la inadeguatezza della sua epistemologia e le conseguenze concrete del valore d'uso dello strumento sul piano sociopolitico e per l'allevamento delle nuove generazioni di professionisti del controllo sociale.

Prima di proseguire nel discorso voglio esprimere il mio punto di vista sul modo con cui venne imposto lo strumento e sulle ragioni del suo assemblaggio. Si trattò, agli inizi degli anni 1980, della esportazione della crisi di identità degli psichiatri americani. Crisi di ruolo, innanzitutto, cui stava conducendo l'abbassamento delle barriere interprofessionali e lo sviluppo della psichiatria di comunità. Non dimentichiamo che negli Stati Uniti, e non solo, si profilava la tendenza a espungere l'assistenza psichiatrica dalla Sanità, collocandola nei Servizi sociali.

Ma torniamo alle guerre, visto che il linguaggio bellico permane e che l'intervista a Spitzer, che abbiamo pubblicato nel n. 2/2011 della rivista, si intitolava "Guerre psicologiche". La guerra, quella con le armi e con la morte violenta dei corpi, è ormai desueta in Occidente, dato che per il dominio si adoperano altre munizioni, per cui è lasciata ad altre popolazioni, anche se qualche comparsa nei Balcani e in Ucraina ci fa di nuovo sentire l'odore della polvere da sparo. Ma noi ci occupiamo di pace, del ripudio del conflitto in psicologia, di salute dell'anima, di pedagogie lineari, di perdono, di conformazione dei soggetti. La seconda "grande guerra" aveva accompagnato la prima americanizzazione, con lo sbarco in Sicilia e l'arrivo delle discipline empiriche – sociologia, psicologia sociale, psicologia clinica – nell'Europa esistenzial-idealistica. Alla prima americanizzazione ho contribuito personalmente, con la mia attività in campo editoriale, dalla "Biblioteca di Psichiatria e di Psicologia Clinica" Feltrinelli *in primis* nel 1959, seguita dalla "Serie di Psicologia e Psichiatria" Boringhieri nel 1964 che prenderà poi la denominazione "Programma di Psicologia Psichiatria Psicoterapia" dal 1975, alle consulenze ad altri editori, alla fondazione di questa rivista nel 1967 e alle iniziative di formazione a vari livelli. Questa esibizione personale sottolinea la continuità e la coerenza con un punto di vista al quale ho creduto e continuo a credere: l'approccio psicodinamico è un elemento costitutivo della risposta alla sofferenza mentale, nel quadro del patrimonio di conoscenze accumulato in

centocinquant'anni di psichiatria, come testimoniano le scelte editoriali e le mie iniziative di formazione (devo dire, in proposito, che il DSM-III, come *L'Io diviso* di Ronald Laing, sono stati i miei due grandi buchi commerciali. Paolo Migone era negli Stati Uniti quando apparve il DSM-III e me lo segnalò come operazione vincente. Ero nel pieno del potere di scelta in Boringhieri e rifiutai sdegnosamente minimizzando la portata culturale dell'evento e sottovalutando la portata commerciale e la potenza dell'operazione in atto. *L'Io diviso* lo rifiutai, questa volta per Feltrinelli, in quanto importazione di pragmatica esistenziale; ne parlai nel 1964 come fenomeno nel testo "Psicoterapia e scienza" e ne resto convinto; non mi pareva giusto che non si conoscessero Binswanger, Cargnello o Minkowski, che stavo pubblicando, in favore delle pratiche dell'esistenza. Migone mi rinfaccia ancora lo snobismo da fallimento commerciale, ma a me il DSM-III ripugnava proprio).

Tra l'altro, proprio mentre scrivo questo editoriale, ricompaiono nelle librerie due testi del primo impianto della collana Feltrinelli, paradigmatici dell'approccio dialettico che ha animato molti miei progetti. Piccoli editori ripescano perle del passato. In questa operazione la casa editrice La Scuola di Brescia ha pubblicato il *Trattato di psichiatria* di Eugen Bleuler del 1916, nell'ultima revisione del figlio Manfred che ha diretto la famosa Clinica psichiatrica *Burghölzli* di Zurigo fino al 1969; la casa editrice L'Asino d'Oro di Roma ha ripubblicato *Interpretazione della schizofrenia* di Silvano Arieti del 1955, prototipo di una psichiatria dinamica interpersonale.

Torniamo all'anatra zoppa. La fanfara che aveva accompagnato il DSM-III, diventata orchestra stabile col DSM-IV, ha abbassato i toni. Appena il brutto anatroccolo si è affacciato nel *web* per le prime prove di volo, gli hanno sparato subito a vista e hanno sciolto i cani. I padri fondatori hanno sdegnosamente rifiutato l'esame del DNA, anche se riconoscibilissimo perché si trattava di fecondazione assistita finanziata da case farmaceutiche, assicurazioni, agenzie di controllo sociale: una grande famiglia desiderosa di progenie. Per un paio d'anni, appena qualche arcangelo tentava l'annunciazione, si cominciava a sparare. D'altra parte, il brutto anatroccolo è proprio brutto e non diventerà mai cigno come nella favola. E il rospo resta rospo, a dispetto dei baci che possa ricevere. Eppure stavolta è così timido, vuole addirittura parlare con l'ICD. I suoi mentori, nazionali e non, ci avvertono che si tratta di un equivoco, che in fondo è solo uno strumento di ricerca per gli epidemiologi, che l'anatra era stata troppo nutrita e che ormai era in sovrappeso; si sottolinea il crinale sottile tra validità e attendibilità, i padrini sono molto ben educati, non guardano più con disprezzo i "dinamici". I quali, da parte loro, caddero subito nella trappola del diagnosticismo, come indicai nel 1985 in un contributo dal

titolo “Orfani della nevrosi e residuo psicoanalitico”. In quei primi anni sono intervenuto più volte sul tema diagnosi e diagnosticismo. Riprendo qualche citazione *in extenso*, soprattutto dalla relazione dal titolo “L’organizzazione della sofferenza mentale” presentata nel 1985 al convegno “Le radici della sofferenza mentale”. Riletta oggi, presentava molto bene alcune questioni di fondo che, nel tempo, sarebbero divenute evidenti. Una precisazione: non ho pregiudizi nei confronti della ricerca empirica, in qualsiasi forma, e rispetto l’impegno e il senso del limite dei veri ricercatori. Il mio punto di attacco è la risonanza mediatica, la propaganda che determina l’effetto alone. Cito in proposito un paragrafo del mio intervento dal titolo “Efficienza, efficacia, produttività: quale futuro per la psicoterapia” svolto nel convegno organizzato nel 1988 dal professor Vittorio Volterra a Bologna, con la partecipazione, tra gli altri, di John Gunderson il quale aveva presentato i risultati della sua importante ricerca empirica sull’efficacia della psicoterapia:

«L’effetto alone. Lo stacco tra la quotidianità dell’esercizio della psichiatria e la “risonanza” delle idee della psichiatria e sulla psichiatria è molto ampio. Questo favorisce il fenomeno della gestione ideologica della psichiatria e costituisce lo spazio della propaganda. Molta parte dei discorsi sulla psichiatria è un terreno di studio per misurare il grado di penetrazione delle filosofie di base operanti in un sistema e il fenomeno di formazione di gruppi sociali di seguaci. La situazione attuale è caratterizzata dall’incrocio tra la delusione delle aspettative riposte nella psichiatria psicoanalitica e il ritorno della concezione medicalistica in psichiatria, collegata con i modelli della psichiatria accademica».

Si profilava sempre di più la generazione degli psichiatri da computer e *PowerPoint*, quelli che fanno i colloqui guardando lo schermo del PC e che al letto del malato consultano le linee guida sull’*iPhone*.

Comunque, il povero anatroccolo fa tenerezza. Proseguendo nella favola, uno non ne vuol sapere perché non lo hanno fatto assistere al concepimento, un altro perché non sa chi lo ha nutrito, con quali cibi industriali non *bio*; insomma, l’anatroccolo cercherà di navigare a vista nel mondo crudele, senza pretoriani di protezione. Solo che ormai anche la bassa forza ha il diritto di insultarlo e indicarne le deformità, e chi ha vestito d’oro il re se la ride dopo averlo denudato.

Fuor di favole e metafore, prendo in esame le conseguenze concrete dell’operazione sulla risposta organizzativa, con una precisa continuità nel susseguirsi dei DSM. Non esiste l’asserita discontinuità tra loro. La logica e gli apparati concettuali sono gli stessi. Bisogna inoltre evitare le fumosità del-

la contrapposizione diagnosi/non diagnosi che ha raggiunto anche i *media*, in particolare quelli d'élite come *Il Sole 24 Ore* e *l'Espresso*. È volato qualche insulto di troppo ai limiti del buon gusto, ma questo ci sta col fatto che a tutto-ora la psichiatria rimane una disciplina *sine materia*, a differenza, ad esempio, della consorella neurologia, per cui l'animosità riempie di pieno emozionale il vuoto materiale, nutrendo con l'effetto alone il susseguirsi delle identità di rappresentanza del settore. Dal 1980 al 2013 sono passati più o meno trent'anni. Un periodo abbastanza lungo per osservare e valutare l'oscillazione della sottomissione alle idee e del potere ideologico sulle dinamiche di organizzazione sociale in una branca del campo medico che non possiede una malattia.

Un po' di storia. 1950, Parigi. Organizzato da Jean Delay e Pierre Pichot, si svolge, come si diceva, il primo Congresso Mondiale di Psichiatria e si pongono le basi per i confronti che si svolgeranno negli anni successivi. Venne deciso di dedicare il secondo Congresso al tema della schizofrenia, sede Zurigo, 1957. Gli psichiatri ritenevano comunque di avere una "vera" malattia di riferimento. Nel frattempo però erano comparsi i farmaci a maggiore specificità sui sintomi; i quadri psicopatologici iniziavano a trasformarsi; la psichiatria dinamica statunitense, rappresentata da personaggi come Silvano Arieti o Jacob Moreno, con il contraltare europeo di ricercatori come Gaetano Benedetti e Christian Müller che operavano proprio nel *Burghölzli*, centro del congresso, sembrò contribuire al dissolvimento della malattia identitaria della professione. L'interpersonale appariva vincente, e le tesi psicodinamiche, con il contributo di psicoanalisti francesi e anglosassoni, erano un riferimento importante e soprattutto coinvolgente per le nuove generazioni di professionisti. La diminuzione delle barriere interprofessionali e la interazione operativa nel lavoro di *équipe* costituiva una minaccia per la gerarchia dei ruoli. Si profilava un impianto complessivo dell'approccio alla sofferenza mentale. La psichiatria classica europea risultò perdente, soprattutto perché l'osservazione psichiatrica non aveva prodotto una certezza diagnostica in grado di rubricare la schizofrenia. Lascio parlare il professor Rümke, all'epoca uno dei maggiori rappresentanti della psichiatria descrittiva di lingua tedesca, che per la diagnosi di certezza dovè comunque ricorrere, sia pur con la mediazione dell'apprendimento, al vissuto soggettivo del diagnosta, proponendo il concetto di *Praecoxgefühl* (ho ripreso più volte il tema in diversi contributi, nel quadro della mia ricerca personale sulla oggettivazione del vissuto lungo gli anni 1980).

Rümke aveva così parlato nell'introduzione della sua relazione:

«La strada per venire fuori dalle crescenti discussioni caotiche sul problema della schizofrenia è quella di rimuovere i tentativi di descrizione accurata, di un interesse rinnovato per la descrizione clinica, di un rinnovato interesse per la nosologia inaugurata da Kraepelin. Sfortunatamente questa idea deve essere fortemente rivendicata. Si guarda con disprezzo al valore della descrizione. Tutta la psichiatria europea è stata rigettata perché considerata troppo descrittiva e non dinamica. La psichiatria di Kraepelin è stata condannata e abbandonata su questa base. Si parla con una certa derisione della differenziazione clinica. Molti colleghi americani, ma anche molti psichiatri europei, la considerano una perdita di tempo, una sorta di rigida e sterile chiusura nella "torre d'avorio"».

Più avanti:

«Molte delle considerazioni di Adolf Meyer e di altri, per esempio, vanno applicate alle pseudo-schizofrenie. Questo rende comprensibile come alcune "schizofrenie" risultino curabili con metodi psicoterapeutici».

Circa il caso "René" [Sechehaye, 1947, 1950], nota:

«Spero che gli psichiatri svizzeri mi perdonino. Ritengo decisamente che nel caso René non avrei diagnosticato una schizofrenia, e non sono il solo. In pazienti di questo tipo i sintomi primari sono assenti, il quadro suggerisce una forma grave di isteria degenerativa, in particolare del tipo introverso (onestamente, l'isteria introversiva è rara; il curioso quadro clinico che si sviluppa in questi casi è stato fatto rilevare a suo tempo da Van der Hoop)».

Inoltre in corsivo nel testo originale:

«Lasciatemelo dire in maniera concisa e chiara: tutto quello che possiamo ancora comprendere psicodinamicamente è esattamente ciò che non è specificamente schizofrenico. Tutto quello che possiamo spiegare come crollo di psichismi superiori è proprio ciò che non è specificamente schizofrenico».

Come si può notare, Rümke si trovava in una posizione di difesa e doveva rivendicare l'importanza della nosologia. In seguito, la vendetta: nel passaggio dal DSM-II (1968) al DSM-III (1980) le posizioni sono invertite, è stata abbandonata la psichiatria psicodinamica statunitense e il gruppo "neokraepeliniano" ha preso il sopravvento. I "neokraepeliniani", con il supporto della "terza parte che paga", hanno definito il destino della "terza parte che soffre": oltre ai pazienti, le famiglie.

Riprendo a questo punto alcuni passaggi dalla mia relazione del 1985 “L’organizzazione della sofferenza mentale”:

«(...) il quadro del mio intervento (...) ruota intorno al tema della trasformazione del “soggetto” in “oggetto della psichiatria”. (...) In questi termini il problema del “normale”, nel rapporto con le radici culturali della sofferenza mentale, deve tenere conto di quale organizzazione sociale si articola intorno alla sofferenza, (...) di quali sistemi di valori esprima, di quali conseguenze concrete sia responsabile lo stacco tra il relativismo dichiarativo e il pragmatismo volgare su cui si struttura molta psichiatria operante» (Galli, 1985b, pp. 241-242).

E oltre, citando un contributo di Antonella Mancini e Paolo Strigini, apparso nel numero 2/1985 di *Psicoterapia e Scienze Umane*: «L’angoscia persecutoria dell’individuo di fronte all’incombere distruttivo della degradazione e della miseria corporale viene spostata all’esterno e proiettata su un progetto collettivo di controllo, e in tal modo alleviata in quanto socialmente condivisa». E aggiungono: «Venendo a patti con la realtà, l’utopia della salute si traduce nel suo rovescio: in un programma poliziesco-assistenziale che classifica, discrimina e reclude gli emarginati» (p. 33).

Nel mio testo proseguo così:

«È rilevante considerare il problema dal punto di vista della relazione soggettiva con l’idea di salute, considerando questa idea socialmente determinata e individuando come l’organizzazione sociale possa farne uso in funzione di controllo e di minaccia all’autonomia. Per fare qualche esempio: la cultura del *check-up* è socialmente accettata, muove un grosso fatturato, ottiene notevoli contributi finanziari, in particolare quando si presenta nella veste della liberazione dal cancro. Non mi consta vi siano ricerche sulla incidenza della ipocondria iatrogena che può determinare (...).

Qualunque definizione di “normalità” esprime una “condizione”, la cui possibilità di “persistenza” è legata alla relazione della persona con questa condizione. Da questo punto di vista, la cultura della paura può produrre sistemi di violenza in grado di imporre le esigenze di normalizzazione del corpo sociale come valori positivi di salute: la sofferenza può essere convertita in stagnazione, dando un significato tragico al termine tranquillità. (...) L’attuale cultura dei ritorni esprime il rigurgito nostalgico dei ruoli. Abbiamo innumerevoli esempi dell’assetto sociale che si va configurando, dato che questi ruoli sono ancora in grado di aggregare sufficiente potere per imporsi anche quale riferimento della “normalità”. In ambito psichiatrico, la cultura del DSM-III riduce le normalità possibili alla forza della “terza parte che paga”. Si costituisce in tal modo la “normalità” delle case farmaceutiche e delle società di assicurazione. (...)

Partendo da queste considerazioni, è importante sottolineare come, dal punto di vista del discorso sulle radici della sofferenza mentale, l’attenzione alle operazioni di frammentazione culturale abbia un rilievo particolare.

È evidente come la crisi della cultura critica abbia aperto larghi spazi alle culture affermative e a forme di tolleranze parallele, che si aggregano intorno al bisogno crescente di ordine e di istituzionalizzazione. Questa tendenza si esprime anche nella forma delle tolleranze parallele tra istituzioni, la cui forza deve sostituire la debolezza teorica. Si può parlare, a mio parere, di frammentazione istituzionalizzata. Questo comporta un allargamento dell'area della propaganda e dell'ideologia, derivante, in particolare, dallo scollamento della connessione struttura-sovrastuttura, sulla quale avevamo creduto di poter operare» (Galli, 1985b, p. 242-245).

Prima di chiudere, una osservazione sui cicli in psichiatria. Partendo dalla nosografia della *dementia praecox* di Emil Kraepelin nei primi anni 1890, Eugen Bleuler (1911) conia il termine “schizofrenia” e inserisce concettualizzazioni psicomodinamiche. Lungo gli anni 1920 la psicoanalisi cercò l'inserimento sempre maggiore in una psichiatria che andasse oltre la nevrosi. Dopo trent'anni, il confronto di Zurigo, e dopo circa altri trenta nasce l'anatra splendente, il DSM-III. Dopo altri trenta vediamo l'anatroccolo trascinarsi faticosamente, con qualche pallino ancora nella zampa, mentre la psichiatria, sempre orfana di una propria malattia, resta in cerca d'autore.

Riassunto. Vengono discussi criticamente alcuni aspetti della storia della psichiatria, in particolare per quanto riguarda il problema della diagnosi e la produzione dei DSM dell'*American Psychiatric Association* (l'ultimo, il DSM-5, è stato tradotto in italiano quest'anno). La crisi del “diagnosticismo”, cioè di un'operazione di etichettatura diagnostica basata prevalentemente sull'aspetto descrittivo, inaugurata a partire dal DSM-III (1980), è diventata più evidente con la difficile gestazione del DSM-5 (2013) e le polemiche che ha suscitato. È stato soprattutto l'effetto alone, creato da una certa propaganda attorno ai DSM, ad avere avuto maggiori ripercussioni negative sullo stato della psichiatria. Vengono anche fatte alcune considerazioni sulla crisi dell'approccio psicomodinamico e sul suo ruolo nella storia della psichiatria. [PAROLE CHIAVE: diagnosi psichiatrica, diagnosticismo, DSM-5, storia della psichiatria, psichiatria dinamica]

Abstract. Editorial. The lame duck: DSM-5 and twilight of diagnosticism. Some aspects of the history of psychiatry are critically discussed, particularly regarding the problem of diagnosis and the production of the DSMs of the *American Psychiatric Association* (its last edition, DSM-5, has been translated into Italian this year). The crisis of “diagnosticism” – namely of a labelling process based purely on the descriptive level – that started with DSM-III (1980) has become more apparent with the difficulties that surrounded the DSM-5 (2013) process and the polemics that ensued. Especially the halo effect, created by propaganda around the DSMs, has had negative repercussions on the state of psychiatry. Some considerations on the crisis of the psychodynamic approach and of its role in the history of psychiatry are made. [KEY WORDS: psychiatric diagnosis, diagnosticism, DSM-5, history of psychiatry, dynamic psychiatry]

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition* (DSM-III). Washington, D.C.: APA (trad. it.: *DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Terza edizione*. Milano: Masson, 1983).
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised* (DSM-III-R). Washington, D.C.: APA. (trad. it.: *DSM-III-R. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Terza edizione, riveduta*. Milano: Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV). Washington, D.C.: APA. DSM-IV-TR: 2000 (trad. it.: *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 4ª edizione*. Milano: Masson, 1995; DSM-IV-TR [2000]: 2001).
- Arieti S. (1955). *Interpretation of Schizophrenia*. New York: Robert Brunner (trad. it.: *Interpretazione della schizofrenia*. Milano: Feltrinelli, 1963; Roma: L'Asino d'Oro, 2014).
- Binswanger L. (1947-55). *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze*. Bern: Francke (trad. it.: *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*. A cura di Ferruccio Giacanelli. Milano: Feltrinelli, 1970).
- Bleuler E. (1911). *Dementia Praecox oder Gruppe den Schizophrenien*. Leipzig: F. Deuticke (trad. it.: *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*. Roma: La Nuova Italia Scientifica, 1985).
- Bleuler E. (1916). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Springer (trad. it.: *Trattato di psichiatria*. Milano: Feltrinelli, 1967 [10ª ediz., 1966]; Brescia: La Scuola, 2014 [15ª ediz., 1983, aggiornata da Manfred Bleuler nel 1982]).
- Cargnello D. (1966). *Alterità e alienità: introduzione alla fenomenologia antropoanalitica*. Milano: Feltrinelli.
- Frances A. (2010). Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM5. *Psychiatric Times*, February 11, 2010: <http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/1522341> (trad. it. aggiornata a maggio 2011: Si apre il vaso di Pandora: le 19 peggiori proposte del DSM-5. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2011, XLV, 2: 251-262. DOI: 10.3280/PU2011-002007). Vedi Spitzer & Frances, 2011.
- Galli P.F. (1964). Psicoterapia e scienza (Conferenza tenuta alla Clinica Psichiatrica dell'Università di Losanna nell'ottobre 1964). *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1967, I, 2/3: 1-5. Edizione su Internet: <http://www.priory.com/ital/riviste/psicouman/scienza.htm>.
- Galli P.F. (1985a). Orfani della nevrosi e residuo psicoanalitico (Relazione al convegno "I luoghi terapeutici nella tossicomania, nella nevrosi, nella psicosi", Urbino, 10 ottobre 1985). In: Bocchini Camaiani B. & Scattigno A., a cura di, *Anima e paura. Studi in onore di Michele Ranchetti*. Macerata: Quodlibet, 1998, pp. 393-396.
- Galli P.F. (1985b). La organizzazione della sofferenza mentale (Relazione al Congresso "Le radici della sofferenza mentale" organizzato dalla Università Cattolica di Roma il 28 novembre-1 dicembre 1985). Negli Atti: Ancona L. & Di Giannantonio M., a cura di, *Le radici della sofferenza mentale*. Roma: Borla, 1987, pp. 241-248.
- Galli P.F. (1985c). Le ragioni della clinica (Versione modificata della relazione al Convegno "La qualità dell'uomo: psicologi e filosofi a confronto", Venezia, 24-26 maggio 1985. Atti a cura di G. Trentini e C. Vigna, in collaborazione con M. Bellotto e L. Cortella. Milano: FrancoAngeli, 1988). *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1988, XXII, 3: 3-8.
- Galli P.F. (1985d). Presentazione. In: Festini Cucco W. & Gasseau M., a cura di, *Le psicoterapie nei servizi psichiatrici. Recenti sviluppi e prospettive*. Milano: FrancoAngeli, pp. 9-11.
- Galli P.F. (1988). Efficienza, efficacia, produttività: quale futuro per la psicoterapia. In: Migoine, Martini & Volterra, 1988, Vol. II, pp. 399-403. Anche in: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1998, XXXII, 3: 10-13. [La citazione riportata nel testo è a p. 400 dell'ediz. del 1988 e a pp. 10-11 dell'ediz. del 1998].

- Galli P.F. (2000). "Il dibattito degli anni 1950 nella prospettiva attuale". Relazione al convegno "La vita interiore. Dal pensiero causale alla riflessione sull'essere. Orientamenti psicopatologici del XX secolo", DSM Azienda USL di Ravenna, 1 dicembre 2000 (non pubblicato).
- Gunderson J.G., Frank A.F., Katz H.M. & Glass L. (1988). Psicoterapia con pazienti schizofrenici. In: Migone, Martini & Volterra, 1988, Vol. I, pp. 250-271.
- Kraepelin E. (1883). *Compendium der Psychiatrie: Zum Gebrauche für Studierende und Ärzte*. Leipzig: Barth (trad. it.: *Compendio di psichiatria per uso dei medici e degli studenti*. Ediz. riveduta e annotata dal dr. Clodomiro Bonfigli. Napoli: Vallardi, 1884; IV ediz: 1893; trad. it. della VII ediz. [1904]: *Trattato di psichiatria*. Milano: Vallardi, 1906; VIII ediz: 1915).
- Laing R.D. (1955). *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. London: Tavistock (trad. it.: *L'Io diviso: studio di psichiatria esistenziale*. Prefazione di Letizia Jervis Comba. Torino: Einaudi, 1969).
- Mancini A. & Strigini P. (1983). La salute come utopia e il suo rovescio a Genova tra Medioevo ed età industriale (Comunicazione al Primo Convegno Internazionale di Studi sulle Utopie, Reggio Calabria, 26-28 maggio 1983). *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1985, XIX, 2: 28-41. Anche negli Atti: Saccaro Del Buffa G. & Lewis A.O., a cura di, *Utopie per gli anni ottanta: studi interdisciplinari sui temi, la storia, i progetti*. Roma: Gangemi, 1986, pp. 275-288. [La citazione riportata nel testo è a pp. 278-279 di questa ediz. del 1986].
- Migone P., Martini G. & Volterra V., a cura di (1988), *New Trends in Schizophrenia: nuovi orientamenti conoscitivi e comprensivi e prospettive terapeutiche e riabilitative in tema di schizofrenia* (Atti del Congresso Internazionale in occasione del IX Centenario dell'Università di Bologna, 14-17 aprile 1988). S. Maria a Vico (Caserta): Fondazione Centro Praxis, 1989, 1990, 1991, 1992 (4 volumi).
- Minkowski E. (1966). *Traité de psychopathologie*, Paris: PUF (trad. it.: *Trattato di psicopatologia*. Milano: Feltrinelli, 1973).
- Rümke H.C. (1957). *Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien*. Kongressbericht 2. Int. Psychiatrie Kongresses in Zürich, Bd. 1, S. 302 ff. Anche in: *Nervenarzt*, 1958, 29: 49-58 (trad. francese: La différenciation clinique à l'intérieur du groupe des schizophrénies. *L'Evolution Psychiatrique*, 1958, 23: 525-538).
- Sechehaye M.H. (1947). La réalisation symbolique: nouvelle méthode de psychothérapie appliquée à un cas de schizophrénie. *Revue Suisse de Psychologie et de la Psychologie Appliquée*, Suppl. 12. Berne: Huber (trad. inglese: *Symbolic Realization*. New York: International Universities Press, 1951).
- Sechehaye M.H. (1950). *Journal d'une schizophrène*. Paris: PUF (trad. it.: *Diario di una schizofrenica*. Presentazione di Cesare L. Musatti. Firenze: Giunti Barbera, 1955). Si veda anche il film di Nelo Risi del 1968 *Diario di una schizofrenica*.
- Spitzer R.L. (2011). Psychological warfare: The DSM-5 debate. *HCPLive*, February 25, 2011. Internet: <http://www.hcplive.com/videos/Psychological-Warfare-Dr-Spitzer-Talks-DSM-5> (trad. it.: Intervista a Robert L. Spitzer. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2011, XLV, 2: 248-250. DOI: 10.3280/PU2011-002007). Vedi Spitzer & Frances, 2011.
- Spitzer R.L. & Frances A. (2011). Guerre psicologiche: critiche alla preparazione del DSM-5. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLV, 2: 247-262. DOI: 10.3280/PU2011-002007. Vedi Spitzer (2011) e Frances (2010a).
- World Health Organization (1978). *Manual of the International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death. Revision 9 (ICD-9)*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental Disorders and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: WHO (trad. it.: *ICD-10. Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali: Descrizioni Cliniche e Direttive Diagnostiche* [a cura di D. Kemali, M. Maj, F. Catapano, S. Lobraccio, L. Magliano]. Milano: Masson, 1992).